

Tartu Ülikool

Meditsiiniteaduste valdkond

Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut

Õendusteaduse õppetool

Kaire Kutsar

**ÕDEDE HINNANGUD PATSIENDIOHUTUSE KULTUURILE: LÄBILÕIKELINE
UURIMUS EESTI PIIRKONDLIKES HAIGLATES**

Magistritöö

Tartu 2021

Põhijuhendaja: Ere Uibu, MSc (õendusteadus)

Kaasjuhendaja: Tiina Freimann, PhD (meditsiin)

Magistritöö kavand on kinnitatud juhendajate otsusega /kuupäev/. Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Kaire Kutsar,

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose “Õdede hinnangud patsiendiohutuse kultuurile ja seda mõjutavatele aspektidele Eesti piirkondlikes haiglates: läbilõikeline küsitlusuuring”, mille juhendajad on Ere Uibu ja Tiina Freimann, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooliveebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Kaire Kutsar

12.05.2021

KOKKUVÕTE

Õdede hinnangud patsiendiohutuse kultuurile: läbilõikeline uurimus Eesti piirkondlikes haiglates

Patsiendiohutuse kultuur tuleneb tervishoiuasutuse ja üksuse meeskonna liikmete ühistest arusaamadest, väärtustest ja normidest seoses tavadega, mis otseselt või kaudselt mõjutavad patsiendiohutust. Tervishoiuteenuse osutamisega seotud välditavat tervisekahju kogeb lubamatult suur arv haiglaravi vajavatest patsientidest ning suurima tervishoiutöötajate grupina haiglakeskkonnas lasub just õdedel vastutus märgata võimalikke riske ning neile reageerida. Uurimistöö eesmärgiks oli kirjeldada Eesti piirkondlikes haiglates töötavate õdede hinnanguid patsiendiohutuse kultuurile oma üksuses ja kogu organisatsioonis, selgitada seoseid hinnangute vahel ning hinnangute seoseid õdede taustamuutujatega.

Andmeid koguti anonüümse elektroonse küsimustikuga ajavahemikus 07. september kuni 30. november 2020. Uuritavateks olid uurimisperioodil Eesti piirkondlikes haiglates töötavad õendusjuhid, õed ja abiõed (N = 3331) ning lõplikuks valimiks kujunes 5% uuritavast populatsioonist ehk 151 uuritavat. Andmeid analüüsiti statistiliselt, kasutades kirjeldavat statistikat, Spearmani korrelatsioonianalüüsi ja Fisheri täpset testi.

Tulemustest selgub, et 90,7% uuritavatest hindasid üldist patsiendiohutust üksuses heaks või väga heaks. Üksuses töötati ühtse ja tugeva meeskonnana ja väärtustati üksteise aitamist. Personal väärtustas patsiendiohutusjuhtumitest õppimist, kuid siiski vajab juhtidelt enam nii vaimset kui ka emotsionaalset tuge ja julgustust patsiendiohutusjuhtumitest teavitamisel, kartmata negatiivseid tagajärgi. Patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise osas leidis 49,7% uuritavatest, et tehtud vigu kasutatakse nende vastu ning 48,3% uuritavate arvates puudus tugi vea teinud personali nõustamiseks. Olulised seosed ilmnesisid meeskonnatöö ja patsiendiohutusele antud hinnangute vahel ning tugevas ja ühtses meeskonnas keskenduti patsiendiohutusjuhtumi menetlemisel õppimisele, mitte vea teinud isiku süüdistamisele. Üksuses informeeriti personali patsiendiohutusjuhtumitest ja arutati, kuidas korduvaid juhtumeid ennetada. Hinnangud patsiendiohutusele erinesid tööstaažist tulenevalt, väiksema tööstaažiga uuritavad hindasid patsiendiohutust üksuses kõrgemaks kui suurema tööstaažiga uuritavad

Tuginedes uurimistöö tulemustele võib väita, et üksustes tegeletakse patsiendiohutuse parendamisega, patsiendiohutuse kultuuri arendamiseks haiglates on vajalik enam tähelepanu pöörata aruandlus- ja õppimiskultuurile ning juhtkonna toetusele.

Märksõna: patsiendiohutus, patsiendiohutuse kultuur, patsiendiohutusjuhtum, patsiendiohutusjuhtumi teavitussüsteem

SUMMARY

Nurses' perceptions of patient safety culture: a cross-sectional study in Estonian regional hospitals

The patient safety culture stems from the common understanding, values and norms of team members of the healthcare institution and the unit regarding practices that directly or indirectly affect patient safety. As an unacceptably large number of hospitalized patients experience avoidable health damage associated with the provision of healthcare, nurses, as the biggest professional group in hospitals have the responsibility to notice the risk and respond to them. The aim of the research was to describe the perceptions of nurses working in Estonian regional hospitals about the patient safety culture in their unit and in the whole organization, to explain the connections between the perceptions and the connections of the assessments with the nurses' background variables.

Data were collected using an anonymous electronic questionnaire during the period of September 7 until November 30, 2020. Nursing managers, nurses and nurses working in Estonian regional hospitals (N = 3331) were studied during the study period, and the final sample was 5% of the study population, ie 151 subjects. Data were analyzed statistically using descriptive statistics, Spearman's correlation analysis, and Fisher's exact test.

Based on study results, 90,7% of the subjects rated the overall patient safety in the unit as good or very good. The unit works as an effective team and staff helping each other. Staff valued learning from patient safety incidents, but they still needed more mental and emotional support and encouragement from managers to report patient incidents without fear of negative consequences. About 49.7% of the subjects feel like their mistake are held against them when reporting patient incident, and 48,3% there was a lack of support for staff involved in patient errors. Effective teamwork was associated with high perceptions of patient safety in the unit and effective teamwork environment for learning to deal with a patient case, rather than with the responsible accusations. The unit was informed by staff about errors and discussed how to prevent them from happening again. Perceptions of patient safety differed due to length of service; subjects with lower seniority rated patient safety higher than subjects with longer seniorit.

Based on the results of the research, it can be stated that the units are engaged in improving patient safety, in order to develop a culture of patient safety in hospitals, it is necessary to pay more attention to the culture of reporting and learning and management support.

Keyword: patient safety, patient safety culture, patient safety incident, patient safety incident reporting system

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	4
SUMMARY	6
1. SISSEJUHATUS.....	7
2. PATSIENDIOHUTUS JA PATSIENDIOHUTUSE KULTUUR	9
2.1 Patsiendiohutus ja patsiendiohutuse kultuuri mõiste, sisu ja eesmärk	9
2.2. Patsiendiohutuse kultuuri uurimine.....	10
3. ÕDEDE VAATEKOHAD PATSIENDIOHUTUSE KULTUURI MÕJUTAVTELE TEGURITELE VARASEMATELE UURIMISTÖÖDELE TUGINEDES	13
3.1. Meeskonnatöö ja suhtlemise mõju patsiendiohutuse kultuurile.....	13
3.3. Õendusjuhtimise ja haigla juhtkonna tegevuse mõju patsiendiohutuse kultuurile	16
4. METOODOKA	18
4.1. Metodoloogilised lähtekohad	18
4.2. Uuritavad	18
4.3. Andmete kogumine	19
4.4. Andmete analüüs	21
4.5. Andmete usaldusväärsus	22
5. TULEMUSED.....	24
5.1. Uuritavate taustaandmed	24
5.2. Uuritavate hinnangud patsiendiohutuse kultuurile.....	24
5.2.1. Hinnangud üksuse tööle ja meeskonnatööle üksuses	24
5.2.2. Hinnangud infovahetusele ja kommunikatsioonile	26
5.2.3. Hinnangud otsesele juhile ja haigla juhtkonnale.....	27
5.2.4. Hinnangud patsiendiohutusele patsiendiohutusjuhtumite registreerimisele	27
5.2. Patsiendiohutuse kultuurile antud hinnangute omavahelised seosed	28
5.3. Olulisemad seosed patsiendiohutuse kultuuri tunnustele antud hinnangute ja uuritavate taustamuutujate vahel.....	28
6. ARUTELU	30
6.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega	30
6.2. Eetilised aspektid.....	34
6.3. Uurimistöö usaldusväärsus ja kitsaskohad	35
6.4. Tulemuste olulisus, rakentatavus ja uued uurimisprobleemid	36
KASUTATUD KIRJANDUS	39
LISAD	46
Lisa 1. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus 322/T-10	46
Lisa 2. Kirjavahetus küsimustiku haldajaga.....	47
Lisa 3. Kaaskiri ja HSOPS 2.0 küsimustik eesti keeles	48
Lisa 4. Tõlkebüroo kinnitus küsimustikule HSOPS 2.0.....	55

1. SISSEJUHATUS

Patsiendiohutuse on tervishoiuteenusega seotud ravivigade ja kahjujuhtumite süsteemne ennetamine, mis on tervishoiuteenuse kvaliteedi prioriteediks kogu maailmas. Euroopa Liidu liikmesriikide andmetel kogeb tervishoiuteenuse osutamisega seotud välditavat tervisekahju umbes 8-12% haiglaravi vajavatest patsientidest. (WHO 2019.) Oluline on välja selgitada, kuidas tervishoiuteenuse osutajad patsiendiohutust tajuvad, et lähtuvalt nende hoiakutest ja oskustest arendada professionaalseid teadmisi patsiendiohutusest (Frieze ja Aiken 2008, Alqattan jt 2019). Puudulikud teadmised patsiendiohutusest võivad põhjustada kahju nii patsientidele kui ka töötajatele, tuua kaasa tüsistusi ja halvematel juhtudel lõppeda isegi patsiendi surmaga (Diaz 2008, van Doormaal 2009, Bates ja Sheikh 2015). Levinumad probleemid, mida saab patsiendiohutuse juhtumite ennetamisega ära hoida on hooletus, tähelepanematus, ebapiisav suhtlus, puudulik meeskonnatöö, nakkuste levik, patsiendi kukkumine, lamatiste teke ja ravimite manustamisega seotud vead (Frieze ja Aiken 2008, Sutker 2008, Bates ja Sheikh 2015).

Patsiendiohutuse parendamiseks ja kvaliteetsema tervishoiuteenuse osutamiseks on oluline, et tervishoiuasutused hindaksid oma organisatsioonis patsiendiohutuse kultuuri, määratledes sellega prioriteetsed valdkonnad, millele tuleb rohkem tähelepanu pöörata (Sorra ja Dyer 2010). Patsiendiohutuse kultuur on organisatsioonikultuuri osa, millel on keeruline ja abstraktne kontseptsioon (Danielsson jt 2017, Gunawan ja Hariyati 2019) ning mille eesmärgiks on vähendada ennetatavaid vigu ja nendest tekkida võivad kahju patsiendile (Sorra ja Dyer 2010, Ballangrud jt 2012). Olulisemateks patsiendiohutuse kultuuri mõjutavateks teguriteks on avatud suhtlemine, meeskonnatöö ja eksimuste ennetamine. Tervishoiutöötajate vaheline avatud suhtlemine võib oluliselt parandada patsiendiohutust organisatsioonis (Gunawan ja Hariyati 2019, Sharp jt 2019) ning toimiv meeskonnatöö toetab patsiendi ohutuse tagamist (Baker 2006, Gunawan ja Hariyati 2019). Patsiendiohutuse juhtumite teavitussüsteemide kasutamine annab informatsiooni potentsiaalselt ohtlike olukordade ennetamiseks ja patsiendikahju vältimiseks, aidates seeläbi kaasa tervishoiuteenuste kvaliteedi kindlustamisele (Archer jt 2017, Freimann 2021).

Patsiendiohutuse kultuuri arendamisel ja tagamisel on oluline roll õdedel ja õendusjuhtidel, kes on suurim professionaalne ressurss tervishoiuteenuste osutamisel (Turunen jt 2013, Ulrich ja Kear 2014). Õdede tegevusel ja oskustel hinnata riske on suur tähtsus patsiendiohutuse seisukohalt. Nad on seotud paljude patsiendihoolduse aspektidega, alates mugavuse ja hügieeni pakkumisest, kuni ravimite manustamise ja diagnostiliste protseduuride teostamiseni. (Kullberg jt 2013, Ridberg jt 2014.) Juhtide ülesandeks on personali suunata ja motiveerida edendama töökohal patsiendiohutuse

kultuuri, pakkudes personalile tuge ja võimalust õppida eksimustest ilma süü- ja häbitundeta (Nordin jt 2013, Famolaro jt 2016).

Kuigi Eestis haiglates räägitakse üha enam patsiendiohutusest ja patsiendiohutuse kultuurist ning suuremad haiglad on seda organisatsioonisiselt mingil määral uurinud, ei ole piisavalt teada, kuidas õed hindavad patsiendiohutuse kultuuri oma organisatsioonis. Eestis töötas 2019 aasta andmetel kokku 24740 tervishoiutöötajat, kellest 8279 olid õed ja 535 abiõed. (Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas 2020.) Kuna õed on suurim tervishoiutöötajate ametirühm haigla tasandil, saame õdede hinnanguid uurides järeldusi teha nii õendusabi osutamise kui ka õendusjuhtimise tasandil. Lisaks saame koguda väärtuslikku teavet, mis võimaldab täpsustada, missugused patsiendiohutuse aspektid nõuavad enim tähelepanu, kuidas õed ja õendusjuhid erinevaid patsiendiohutuse aspekte mõistavad ning missugune on õdede ja õendusjuhtide endi panus patsiendiohutuse tagamisse. Uurimistöö on vajalik, et tõsta tervishoiutöötajate teadlikkust patsiendiohutusest ja selle eesmärkidest ning süvendada arusaamist patsiendiohtusjuhtumite registreerimise olulisusest.

Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada Eesti piirkondlikes haiglates töötavate õdede hinnanguid patsiendiohutuse kultuurile oma üksuses ja organisatsioonis, selgitada seoseid hinnangute vahel ning hinnangute seoseid õdede taustamuutujatega. Uurimistöö eesmärgist tulenevalt püstitati uurimisküsimused:

- Missugused on uuritavate hinnangud patsiendiohutuse kultuurile üksuses ja organisatsioonis?
- Missugused on antud hinnangute omavahelised seosed?
- Missugused seosed esinevad patsiendiohutuse kultuurile antud hinnangute ja uuritavate taustamuutujate vahel.

2. PATSIENDIOHUTUS JA PATSIENDIOHUTUSE KULTUUR

2.1 Patsiendiohutus ja patsiendiohutuse kultuuri mõiste, sisu ja eesmärk

Patsiendiohutus (patient safety) on tervishoiutöötaja tegevusest või tegevusetusest patsiendile põhjustatud tervisekahjustuse ennetamine või leevendamine, mis hõlmab endas sellise struktuuri ja protsesside loomist, mille abil minimeeritakse vigade tekkimise tõenäosus ning maksimeeritakse võimalike vigade avastamise tõenäosus (Eesti keele Instituut 2020). Patsiendiohutus hõlmab ravivigade ja kahjujuhtumite ennetamist patsiendile, mis on seotud tervishoiuteenuse osutamisega, nii tervishoiutöötaja, üksuse kui organisatsiooni tasandil. (Sutker 2008, WHO 2019.) Selleks, et parandada ja arendada tervishoiuteenuste ohutust, käivitas WHO 2004. aastal ülemaailmse kampaania, et tõsta inimeste teadlikkust patsiendiohutusest ja pühendumust panustada tervishoiuteenuste kvaliteeti. (WHO 2004).

Patsiendiohutuse algne definitsioon pärineb Institute of Medicine (IOM) raportist “To Err Is Human”, kus defineeritakse patsiendiohutus kui “juhuslike vigastuste vältimine” (freedom from accidental injury). Raporti peamine sõnum oli ohutuma tervishoiusüsteemi loomine. Selles murrangulises raportis innustati tervishoiuorganisatsioone uurima ning hindama oma tervishoiusüsteemis pakutavat ravi- ja hoolduskvaliteeti, et leida üles kitsaskohad, mis võivad põhjustada kahju patsiendile. Raport tõstatas esimesena probleemi, et vigade juhtumisel peaks tähelepanu pöörduma indiviidide süüdistamise asemel tulevaste vigade vältimisele, saades ohutussüsteemi osaks. (Kohn jt 2000, DiCuccino 2015.) Lisaks märgiti, et inimeste ohtu seadmisele on meditsiinilised vead ka rahaliselt kulukad ning õhnestavad nii patsientide kui meditsiinitöötajate usaldust tervishoiusüsteemi vastu (Kohn jt 2000).

Aruandele järgnenud kümnendil kujuneski maailmas uus uurimisvaldkond, mille tulemusena tervishoiuorganisatsioonid keskendusid üha enam patsiendiohutusele. Hakati suuremat tähelepanu pöörama patsiendiohutuse kultuuri uurimisele ja kujundamisele. Selle saavutamine eeldas esmalt aga tervishoiutöötajate arusaama patsiendiohutusest ja seda mõjutavatest teguritest. (Nieva ja Sorra 2003, Sorra ja Dyer 2010, Danielsson jt 2014).

Patsiendiohutuse kultuur (POK) (patient safety culture), on defineeritud kui organisatsiooni liikmete vahel jagatud väärtused ja väärtustel põhinev käitumismudel, eesmärgiga luua käitumisnormid ja hoiakud, mis patsiendiohutust toetavad (Singer jt 2009, Sorra ja Dyer 2010). Ohutuskultuur peegeldab tervishoiuasutuse suhtumist patsiendiohutusse (Thomas jt 2005).

Mardon jt (2010) kirjeldavad, et arenenud ohutuskultuuriga organisatsioonides esineb vähem eksimusi, mis patsienti kahjustada võivad.

POKi on kirjeldatud kui keskkonna loomist, kus patsiendiohutuse on ühine väärtus, mis saavutatakse juhtkonna pühendumuse kaudu läbi avatud suhtlemise ja mida saab ohutuma ravi saavutamiseks mõjutada. (Flin jt 2000, Mayer ja Cronin 2008). Varasemate uurimistööde tulemusena on leitud, et POK hõlmab endas kolme olulisemat tunnust, ennekõike õigluse printsiipi ehk õiglane kultuur: vigade eest inimesi ei karistata, kuid tahtlikke rikkumisi ja väärkäitumist ei sallita. Teiseks aruandluskultuur: keskkond peab olema inimestele turvaline vigadest rääkimiseks ja nendest teatamiseks. Ainult nii saab probleeme avastada ja neid parandada. Kolmandaks peab olema olemas õppimiskultuur: selline keskkond, kus kõik on huvitatud vigade tekkimise põhjustest ja nendest õppimisest, et vead ei korduks. Lisaks eelnevale kolmele tunnusele on leitud veel mõned olulised POKi mõjutavad tegurid ning nendeks on-juhtimine, meeskonnatöö, suhtlemine ja patsiendikeskne hooldus. (Flin jt 2000, Reason 2004, Sammer jt 2009.)

2.2. Patsiendiohutuse kultuuri uurimine

Patsiendiohutuse kultuuri uurimiseks on loodud mitmesuguseid mõõdikuid ja lõplik mõõdiku valik sõltub alati mõõtmiste eesmärgist. Mõõdikud, mis on lühikesed, aja jooksul kergesti korratavad ja kohandatavad erinevatele kontekstidele, peetakse kõige praktilisemateks. (Measuring safety culture 2011.) European Network for Patient Safety (EUNetPaS 2010) meeskonna poolt teostatud kirjanduse otsingu tulemusena leiti 19 POKi instrumenti, millest on soovitatud kasutada kolme: 1) “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSOPS); 2) “Safety Attitudes Questionnaire” (SAQ); 3) TheManchester Patient Safety Framework (MaPSaF).

HSOPS valideeritud instrument hindab POKi üksikisiku, üksuse ja haigla tasandil (Nieva ja Sorra 2003, Sexton jt 2006, Mardon jt 2010, Nordin jt 2013). Selle instrumendi tugevuseks peetakse seda, et organisatsioonid saavad instrumendi abil jälgida aja jooksul toimunud muutusi patsiendiohutuses ja hinnata patsiendiohutusega seotud sekkumisi (Measuring safety culture 2011). SAQ valideeritud instrument on välja töötatud suhtumisküsitluste põhjal ja mõõdab ohutushoiakuid haiglas (Sexton jt 2006). Instrument on lühike ja kiiresti täidetav ning seda saab kasutada erinevate tervishoiutöötajate suhtumise võrdlemiseks (Measuring safety culture 2011). MaPSaF on kvalitatiivne hindamisvahend, mis töötati välja kirjanduse ülevaadete põhjal ja põhineb teoreetilisel raamistikul. Instrumendiga hinnatakse patsiendiohutusega seotud hoiakuid,

väärtushinnanguid ja käitumist, mis kajastuvad organisatsiooni tööpraktikas (EUNetPaS 2010, Measuring safety culture 2011.)

POK küsimustikke kasutatakse laialdaselt mitte ainult uurimistöös, vaid ka praktikas, kus neid peetakse oluliseks juhtimisvahendiks. Nende abil saab tõsta töötajate teadlikkust POKist, hinnata POKi hetkeolukorda ja suundumusi ning selgitada välja tugevused ja parendust vajavad valdkonnad. (Mannion jt 2009.) Kirjandusest leidub palju kvantitatiivseid uuringuid ja kirjanduseülevaateid POKi kohta, kuid kvalitatiivseid- ja sega meetoditel põhinevaid uuringuid selles valdkonnas on kordades vähem. Kvantitatiivsete ja kvalitatiivsete uurimismeetodite abil püütakse lahendada erinevaid küsimusi ja seetõttu ei ole üks meetod teisest parem. (Danielsson 2018, Granel 2020.)

Kvantitatiivsete instrumentide abi saab uurida töötajate hinnanguid ja arusaamasid POKile, kuid kvalitatiivsed instrumendid võimaldavad lisaks uurida ka hinnangute ja arusaamde põhjuseid (Measuring safety culture 2011.) Näiteks kvalitatiivsetes uuringutes oli intervjuude käigus välja toodud patsiendiohutuse riskiteguritena ebapiisav aeg tööülesannete täitmiseks, tööstressist tulenev pingeline, väsimus ja ärrituvus (Ridelberg jt 2014, Källgerg jt 2017, Granel jt 2020). Danielsson (2014) leidis oma kvalitatiivses töös, et lisaks varasemalt mainitud patsiendiohutuse teguritele (juhtimine, meeskonnatöö, suhtlemine ja aruandluskultuur) omavad olulist tähtsust ka vastutus ja pädevus. Õed soovisid, et nende tööalane vastutusala oleks rohkem piiritletud, selleks et vähendada üleliigset töökoormust, tagamaks sellega parem patsiendiohtus (Danielsson 2014). Selleks, et saada tervishoiuteenuse osutajatelt terviklik hinnang tervishoiuasutuse POKile, soovitatakse teadlaste poolt kaaluda mõlema uurimismeetodi kasutamist samaaegselt või üksteise järgselt. (Liu jt 2014, Danielsson 2018, Alqattan jt 2019.)

Varasemate POKi uuringute tulemusena võib leida ohu- ja riski allkaid süsteemi kõigil tasanditel, nii individuaalsel, inimestevahelisel kui ka organisatsioonilisel tasandil (Danielsson jt 2014, Danielsson 2018). POKi hindamine annab organisatsioonile teadmised personali arusaamadest ja hoiakutest, mis on seotud patsiendiohutusega. Tulemused aitavad organisatsioonil tuvastada enim probleemseid valdkondi. (Nieva ja Sorra 2003.) Uuringute abil on hinnatud ka personali taustaandmete seost patsiendiohutusega (Jackson jt 2010, Danielsson 2018.)

Varasemad uurimistööd näitasid, et õdede pikem töökogemus ja juhtiv positsioon olid seotud paremate tulemustega patsiendiohutuse hindamisel. Samas on leitud, et vanus ei ole nii määrav tegur kui töökogemus, kuna just kogemus on see, mis kasvatab enesekindlust ja kompetentsi.

Samuti ei omanud sooline erinevus olulist tähtsust. Leiti ka seoseid töövaldkonna ja patsiendiohutuse vahel, näiteks erakorralise meditsiini osakondades töötavate õdede hinnangud patsiendiohutuse kultuurile olid üldiselt positiivsemad kui üldosakondades. Lisaks on täheldatud, et õdede haridustase ja töökoormus olid seotud patsiendiohutusega. Väiksema töökoormusega õed tajusid patsiendiohutust paremini. (Nordin jt 2013, Danielsson jt 2014, Danielsson 2018, Sharp jt 2019, Gunawan ja Hariyati 2019, Granel jt 2020.)

3. ÕDEDE VAATEKOHAD PATSIENDIOHUTUSE KULTUURI MÕJUTAVTELE TEGURITELE VARASEMATELE UURIMISTÖÖDELE TUGINEDES

3.1. Meeskonnatöö ja suhtlemise mõju patsiendiohutuse kultuurile

Tõhus meeskonnatöö ja suhtlemine on patsiendiohutuse tagamiseks olulised tegurid (Leonard jt 2004, Danielsson 2014, Ridberg jt 2014). Meeskonnatöö eeldab meeskonnaliikmete tahet teha koostööd ühiste kollektiivsete eesmärkide nimel, näiteks tervishoiuvaldkonna eesmärk on parandada patsiendi heaolu turvalises ja ohutus keskkonnas. Selleks, et ühise eesmärgini jõuda, on meeskonnatöös oluline just avatud suhtlemine (Baker jt 2003, Manser 2009). Sarnaselt kirjeldasid seda õed kvalitatiivsetes töödes, et professionaalsetes meeskondades tehtav koostöö on patsiendiohutuse parendamisel oluline tegur ning avatud suhtlemine julgustab oma arvamust avaldama ja patsiendiohujutumeid jagama teistega ning nendest õppima (Ridberg jt 2014, Alqattan jt 2019, Granel jt 2020).

Kvantitatiivste POKi uuringute tulemusena selgus, et kõrgelt on hinnatud meeskonnatööd ja omavahelist suhtlemist üksuse tasandil, kuid rahulolematust esines üksuste vahel. Näiteks hinnati madalalt patsientide üleviimist ühest üksusest teise, millega kaasnes ebapiisav info vahetus. (Kuosmanen jt 2013, Ammouri jt 2014, Källberg jt 2017, Okuyama jt 2018, Ricklin jt 2019.) Uuringute andmetel ohustavad sageli patsiendi ohutust suhtlemise ja infovoogudega seotud tegurid (Leonard jt 2004, Christian jt 2005), kvalitatiivsetes töödes oli lisaks kitsaskohana välja toodud, et patsientidega suhtlemiseks pole piisavalt aega ning suhtlemisbarjäär arstide ja õdede vahel võib olla takistuseks patsiendiohutuse tagamisel (Danielsson 2014, Ridberg jt 2014, Alqattan jt 2019). On oluline, et vajalik info jõuaks õigeaegselt kõigi tervishoiutöötajateni, kes patsiendi heaolu eest vastutavad (Baker jt 2003, Danielsson jt 2014, Källberg jt 2017).

Võtmeks, mis võib patsiendiohutust märkimisväärselt parandada, on tervishoiutöötajate vaheline avatud suhtlemine ja koostöö (Sammer jt 2009, Gunawan ja Hariyati 2019). Kuna teaduspõhise meditsiini arengu tulemusena kasutatakse patsientide ravis üha keerukamaid raviplane ja tehnoloogiat, nõuab see suuremaid jõupingutusi meeskonnatöö rakendamisel ja suhtlemisel tervishoiuteenuse pakkujate vahel, selleks et tagada teabe edastamine ühtse plaanina nii üksustes kui üksuste vahel (Sammer jt 2009). Just kvalitatiivsetes uuringutes on õed rõhutanud, kui oluline on rääkida patsiendiohutusjuhtumitest avalikult, andes võimaluse vigadest õppida ja arvatakse, et see võib pakkuda tuge ja vähendada läbikukkumise tunnet vea tegijas (Danielsson jt 2014, Danielsson 2018, Gunawan ja Hariyati 2019).

3.2. Patsiendiohutusjuhtumitest teavitamine ja õppimine

2009 aastal võttis WHO kasutusele termini **patsiendiohutusjuhtum** (patient safety incident), mida defineeritakse kui tervishoiuteenuse osutamisega seotud planeerimata või tahtmatut juhtumit, mille tulemusena põhjustati või oleks võinud põhjustada patsiendile kahju. See termin võeti kasutusele mõiste “viga” asemel, et vältida süüdistavat suhtumist konkreetse isikusse, kes tervishoiuteenust osutades, kas põhjustas või oleks võinud põhjustada patsiendi ohu- või kahjujuhtumi ehk patsiendiohutusjuhtumi. (WHO 2009.) Patsiendiohutuse parandamisele aitavad kaasa patsiendiohutusjuhtumite teavitussüsteemid, mis põhinevad usaldusel ja õiglusel (Reason 2000).

Varasemate uurimistööde tulemuste põhjal on riigiti patsiendiohutusjuhtumite ulatus väga sarnane. USA, Austraalia, Suurbritannia, Uus-Meremaa ja Kanada POK uuringute analüüsi tulemusena oli patsiendiohutusjuhtumite esinemissagedus 9,2%, millest umbes 43% oleks olnud välditavad ohutusjuhtumid (Rafter jt 2015). Patsiendiohutuse parandamiseks ja ennetamiseks on oluline mõista patsiendiohutusjuhtumite aruandlusüsteemi tähtsust. Organisatsioonisisese ohutuskultuuri eesmärgiks on julgustada personali tehtud vigu raporteerima, ilma kedagi süüdistamata. Oluline on välja juurida süükultuur. (Sorra ja Dyer 2010, Ricklin jt 2019.)

On mõistetav, et kõik inimesed teevad vigu ja vigu tehakse ka parimates organisatsioonides, kuna oleme sõltuvad ennast ümbritsevast keskkonnast. Muutes aga tingimusi, mille alusel inimesed töötavad ja luues süsteeme, mille abil on võimalik vigu ennetada, saab panustada ohutumasse töökultuuri ja kvaliteeti (Reason 2000.) Selleks, et vastavaid tingimusi luua, on oluline teha vigade analüüs, et vähendada sarnaste sündmuste tõenäosust tulevikus (O’Hagen jt 2009, Van Doormaal jt 2009). Inimesed küll peavad olema valvsad ja vastutama oma tegude eest, kuid tähtis on mõista, miks viga tekkis, mitte otsida selle süüdlast (Kohn jt 2000).

Mitmete uurimistööde tulemused on näidanud, et patsiendiohutusjuhtumite raporteerimine ei ole olnud väga populaarne. Põhjuseks on toodud asjaolusid, et ohutusjuhtumite raporteerimisel ei tunta ennast turvaliselt ning ohutusjuhtumite puhul on tajutav süü tunne ja hirm karistamise ees. Ebapopulaarsust soodustas ka ebapiisav tagasiside patsiendiohutusjuhtumite raportitele, kohati jäi õendustöötajatele ebaselgeks, kas neid vigu võidakse nende vastu kasutada. (Ballangrud jt 2012, Turunen jt 2013, Ricklin jt 2019, Granel jt 2020.) Sellegipoolest õed arvasid, et patsiendiohutusjuhtumitest teavitamine on patsiendiohutuse parendamisel oluline tegur. Teavitamisele järgnev aruandlus ja tagasiside suurendavad teadlikust patsiendiohutusest ning tõstavad patsiendi ravikvaliteeti. (Danielsson 2014, Ridelberg jt 2014, Granel jt 2020.)

Hoolimata süü ja hirmu tundest teatasid kõige sagedamini patsiendiohutusjutumitest just õendusvaldkonna töötajad (Nordin jt 2013, Ridberg jt 2014, Willmott ja Mould 2018, Dhamanti jt 2020, Freimann 2021). Mõnede uurimistööde tulemusena selgus, et patsiendiohutusjutumitest teatasid õdedest sagedamini õendusjuhid ja nad pidasid oluliseks teavitada ka nendest juhtumitest, mis avastati enne kui see potentsiaalselt patsiendile ohtu võis põhjustada (Kuosmanen jt 2013, Nordin jt 2013, Turunen jt 2013). Granel jt (2020) segameetodil läbi viidud uurimistöö tulemusena selgus, et oli juhtumeid, kus patsiendiohutusjutumite registreerimisel esitati valeandmeid, kuna tunti hirmu karistamise ees ja paljud patsiendiohutusjuhtumid jäeti üldse registreerimata, mis seletas vähest registreerimiste arvu. Samas leidis Danielsson (2014), et patsiendiohutusjuhtumite registreerimine on kujunenud tavapäraseks patsiendiohutuse tagamise osaks õe igapäeva töös ning see näitab, et organisatsiooniline õppimine on andnud positiivseid tulemusi patsiendiohutusel. **Organisatsiooniline õppimine** (organizational learning) on organisatsiooni võime pidevalt õppida ja muutuda vastavalt keskkonna muutustele, õppides oma kogemustest ning olles valmis õppima uusi meetodeid ja tõstma tööalast kompetentsi, et neid meetodeid ka töösse rakendada (Sydänmaanlakka 2002).

Patsiendiohutusjuhtumite teavitussüsteem (patient safety incident reporting system) on patsiendiohutusjuhtumite tuvastamise ja nendest teavitamise süsteem (Eesti keele Instituut 2020). Aruandeid esitatakse konfidentsiaalselt ja sellele ei järgne trahve ega karistust (Kohn jt 2000). Selleks, et aruandlussüsteemi väärtust suurendada, tuleb patsiendiohutusjuhtumitest teatada ja saadud teavet ka kasutada, vältimaks edaspidi sarnaseid vigu. Teavitamise soostumus paraneb koos süüdistamisvaba suhtumisega. (Ballangrud jt 2012.) Stavropoulou jt (2015) uurisid patsiendiohutusjuhtumite teavitamise mõju patsiendiohutusele ja leidsid, et teavitussüsteemide rakendamine koos patsiendiohutusjuhtumite analüüsiga vähendas haiglates patsiendiohutusjuhtumite sagedust. Patsiendiohutusjutumeid registreeriti Euroopa Komisjoni andmetel 2014. aastal Euroopa 21s riigis ja kasutusel olid vabatahtlikud patsiendiohutusjuhtumite teavitussüsteemid (Key finding recommendations.... 2014).

Tartu Ülikooli Kliinikumis (TÜK) on kasutusel elektroonne patsiendiohutusjuhtumite infosüsteem (POI) alates 2012. aasta lõpust. Süsteem on loodud selleks, et ennetada kahju tekitamist patsiendile haiglaravi ajal ja parandada raviteenuste ohutust, õppides tehtud vigadest. POI arendamisel oli eeskujuks Soome vabatahtlik ja anonüümne patsiendiohutusjuhtumite registreerimise süsteem HaiPro. Viimase kümne aasta jooksul on SA TÜKs registreeritud üle 3500 ohutusjuhtumi ja kõige rohkem on seda kasutanud õendusvaldkonna töötajad. (Freimann 2021.)

Registreeritud patsiendiohutusjutumeid peetakse väärtuslikeks õppimismaterjalideks ja varasemates uurimistöodes hindavad õendustöötajad patsiendiohjutumitest õppimist kõrgelt, rõhutades organisatsioonilise õppimise olulisusele parstiendiohutuse tagamisel (Nordin jt 2013, Ammori jt 2014, Ridelberg jt 2014, Danielsson 2018). Organisatsiooniline õppimine toimub oma töötajate kaudu ja õppiv organisatsioon on pädev uute teadmiste omandamisel ja nende edastamisel (Ridelberg jt 2014, Farokhzadian jt 2018). Teades neid tegureid, mis võivad soodustada vigade tekkimist raviprotsessis ja kasutades nendest õppimist, on võimalik ära hoida kahju patsiendile (Suurorg 2009).

3.3. Õendusjuhtimise ja haigla juhtkonna tegevuse mõju patsiendiohutuse kultuurile

Juhtide ülesandeks organisatsioonis on luua ühtsed väärtused, hoiakud ja käitumisnormid, selleks et tõsta personali teadlikkust patsiendiohutusest ning motiveerida neid ühise eesmärgi nimel tegutsema (Nieva ja Sorra 2003, Ulrich ja Kear 2014, Famolaro jt 2016). Juhtide suhtumine ja hoiakud POKi on aluseks alluvate ohutuskäitumisele. Kui juhid näitavad oma aktiivset pühenumust POKi, aitab see kaasa positiivsema ja kvaliteetsema patsiendiohutust toetava kultuuri kujunemisele (Parker jt 2006, Sammer jt 2009, Kanerva jt 2014).

Varasemate uurimistöode tulemusena, on patsiendiohutust ja POKi mõjutavaid tegureid hinnanud kõrgemalt just õendusjuhid (Kuosmanen jt 2013, Nordin jt 2013, Turunen jt 2013). Nordin jt (2013) leidsid, et üks seletus juhtide kõrgemate hinnangute andmisel võib olla see, et juhid käsitlevad mitmeid patsiendiohutuse alaseid tööaruandeid ning see võib tekitada tunde, et ollakse kursis töökohal oleva patsiendiohutusega. Need leiud peegeldavad juhtide optimistlikumat vaadet patsiendiohutusele, kuna juhid ei puutu igapäevaselt kokku patsiendiga ja seetõttu võib neil jääda teadmata juhtumeid, mil patsiendiohutus on seatud ohtu.

Õdede kogemustel on juhtide tugi ja toetus POKi tõhusamaks muutmisel oluline. Juhid peaksid pöörama rohkem tähelepanu oma töötajate psühholoogilisele, vaimsele ja emotsionaalsele toele ning pakkuma õiglast ja julgustavat suhtumist patsiendiohutusjuhtumite registreerimisele, selleks et vältida süütunde tekkimist (Kuosmanen jt 2013, Danielsson 2014, Farokhzadian jt 2018, Granel jt 2020). Manser (2009) leidis oma uurimistöö tulemusena, et juhtide käitumine ja juhtimisstiil mõjutavad töötajate töötulemit. Juhtimisstiilid, mis väärtustavad personali panust, soodustavad turvalist töökeskkonda ja loovad õhkkonna, kus personal saab avatult suhelda ning osaleda otsuste

langetamisel, on seotud positiivsema hinnanguga patsiendihutusele (Manser 2009, Kuosmanen jt 2012, Granel jt 2020).

Leiti, et efektiivne juhtimine on oluline tugeva patsiendihutuse kultuuri ülesehitamiseks, meeskonnatöö edendamiseks ja patsiendihutusjuhtumitest õppimiseks (Ammouri jt 2014, Danielsson jt 2014, Gunawan ja Hariyati 2019). Õed soovisid, et neid kaasatakse patsiendihutuse tagamiseks vajalike otsuste ja muudatuste tegemisse. (Kuosmanen jt 2013, Danielsson 2014). Õdede poolt hinnati positiivseks juhtide ootusi patsiendihutuse edendamisel, mis tugineb suuresti juhi tegevusel, nagu tugeva ja ühtse meeskonna rõhutamine, reageerimine ja tagasiside andmine registreeritud patsiendihutusjuhtumitele ning personali soovitude ja ettepanekutega arvestamine (Danielsson 2014, Ammouri jt 2014, Gunawan ja Hariyati 2019).

Haigla juhtkonna üheks peamiseks rolliks on POKi kujundamine ja edendamine ning selle kajastumine haigla missioonis ja visioonis, mõjutades sellega töötajate arusaama POKist (Sammer jt 2009, Ammouri jt 2014). Haigla juhtkonna tugi on üks olulisemaid alustalasid positiivse POKi kujunemisel ja kui töötajad seda ei taju piisavalt, võib see õõnestada POKi edendamist (Danielsson 2014, Gunawan ja Hariyati 2019). Varasemate uurimistööde tulemusena leiti, et õed andsid madalamad hinnangud haigla juhtkonna toele, mis puudutasid patsiendihutust. Leiti, et juhtkonna tegevus ei peegelda piisavalt seda, et patsiendihutus on prioriteediks. Lisaks arvati, et juhtkond ei taga ka piisavat ressurside olemasolu parema patsiendihutuse tagamiseks. (Kuosmanen jt 2013, Turunen jt 2013, Danielsson 2014, Danielsson jt 2017, Farokhzadian jt 2018, Gunawan ja Hariyati 2019.)

4. METOODOKA

4.1. Metodoloogilised lähtekohad

Uurimistöö on kvantitatiivne ja kirjeldav läbilõikeuurimus. Kuna patsiendiohutuse kultuuri mõjutavaid tegureid on maailmas õendusalasest uurimustes juba varem uuritud nii kvalitatiivselt kui kvantitatiivselt ning välja töötatud ja valideeritud mitmeid nähtust uurida võimaldavaid küsimustikke, valis käesoleva töö autor kvantitatiivse uurimismeetodi. Kvantitatiivne uurimismeetod võimaldab kirjeldada uuritavat nähtust, muutujaid ja nende vahelisi seoseid ning annab võimaluse struktureeritud tähelepanekute abil saada ülevaate nähtuse kohta rühmade tasandil. (Burns ja Grove 2005.) Küsimustiku kasutamine oli autori arvates parimaks andmete kogumise viisiks, kuna see võimaldas koguda vajalikku infot nähtuse kohta mõõdetavas vormis ja sellest tulenevalt täita uurimistöö eesmärgid. Uurimismaterjal koguti meetodi abil, kus tulemusi kirjeldati arvuliselt ja seega on need vähe sõltuvad uurija tõlgendusest. Varem on õdede hinnanguid patsiendiohutuse kultuurile uuritud samuti küsimustike abil. Läbilõikeline uurimustöö kirjeldab nähtuse esinemist kindlaksmääratud ajahetkel (Polit ja Beck 2004).

4.2. Uuritavad

Uurimistöö viidi läbi kolme Eesti piirkondliku haigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi (SA TÜK), SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla (SA PERH) ja SA Tallinna Lastehaigla õendusjuhtide, õdede ja abiõdede seas. Need haiglad kaasati uurimistöösse seetõttu, et tegemist on Eesti suurimate haiglatega, mis tähendab, et uuritavate ehk õenduspõhise hulk on suurem kui teistes haiglates ja ka tervishoiuteenust saavate patsientide arv on suur. Uurimistöösse kaasatud haiglates on võetud kasutusele patsiendiohutusjuhtumite teavitussüsteemid, mis on kaasa toonud ka vastavaid koolitusi, teavitusi ja suhtumise kujundamist.

Uuritavateks olid õendusjuhid, õed ja abiõed, kuna õenduspõhine on suurim professionaalset tervishoiuteenust pakkuv ametirühm, SA TÜK'i andmetel registreerivad just õed ka kõige enam patsiendiohutusjuhtumeid (Freimann 2021). Planeeritud üldkogum oli ligikaudu 3331 uuritavat. Üldkogumi suuruse hindamiseks võeti andmed SA TÜK 2018. aasta majandusaruande, SA PERH 2018. aasta majandusaruande ja SA Tallinna Lastehaigla arengukava 2016-2020 andmetest (Luts jt 2016, PERH majandusaasta aruanne 2018, SA TÜK majandusaasta aruanne 2018). Käepäraste valimi moodustamiseks seati eesmärgiks kaasata uuringusse vähemalt 345 õde. Valim arvutati tõenäosusliku valimi kalkulaatori abil, arvestades eelkirjutatud üldkogumi suurust. Usaldusnivooks määrati 95% ja +/- 5% (MacCorr 2012).

Uuritavad arvati valimisse järgmiste kriteeriumite alusel:

- uuritav töötab õendusjuhina, õena või abiõena;
- uuritavad omavad vähemalt kolmekuulist töökogemust;
- uuritavad on aktiivses töösuhtes, ehk ei viibi lapsehoolduspuhkusel.

Uuritavate värbamiseks kasutati haiglate ja struktuurüksuste õendusjuhtide ja personalispetsialistide abi, et välja selgitada uurimistöö kriteeriumitele vastavad abiõed, õed ja õendusjuhid ning paluda neile edastada ka elektroonilise küsimustiku link e-posti teel. Enne uurimistöö alustamist planeeriti uurimistöös osalevates haiglates läbi viia eelnevalt kokku lepitud infotunnid, tutvustamaks uurimistöö olulisust ning eesmärke. Seoses COVID-19 viiruse levikuga Eestis, ei olnud võimalik haiglatesse uurimistööd tutvustama minna, seega saadeti info uurimistöö olulisusest, eesmärkidest ja uurimistöö läbiviimise korraldusest laiali e-posti teel. Uurimisperioodi jooksul edastati uuritavatele kolme nädalase vahega meeldetuletuse teade e-postile.

4.3. Andmete kogumine

Andmeid koguti eelnevalt valiteeritud küsimustiku Hospital Survey on Patient Safety 2,0 (HSOPS 2,0) abil (AHRQ 2019). Kuigi maailmas on kasutusel mitmeid küsimustikke patsiendiohutuse kultuuri uurimiseks, jäi uurija kindlaks oma esmasele valikule, kuna HSOPS 2,0 küsimustik mõõdab täpselt seda, mida soovitakse käesoleva uurimistööga uurida. Uurimistöö autor sai loa küsimustiku kasutamiseks ja tõlkimiseks küsimustiku haldajalt The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (vt lisa 2). Selleks, et tagada tõlke vastavus originaalile, küsiti tagasisidet tõlke kohta ja tehti koostööd küsimuste eestikeelsete vastete leidmiseks uurimistöö juhendajatega. Tõlkeõigsuse kohta saadi kinnitus tõlkebüroo AS Dialoog kvalifitseeritud keeletespialistilt (vt lisa 4).

Küsimustik koosnes 30 väitest ja kahest küsimusest. Väited olid jaotatud nelja alajaotusesse ja küsimused puudutasid patsiendiohtusjuhtumite raporteerimist. Väited käsitlesid järgmisi teemasid: hinnangud oma üksuse tööle, hinnangud oma vahetu juhi tegevusele, hinnangud patsiendiohtusega seotud suhtlemisele ning hinnangud haigla juhtide patsiendiohtusega seotud tegevusele. Hinnangud anti väidetele ja kahele küsimusele 5-punktilisel Likert'i tüüpi skaalal. Skaalale oli lisatud ka täiendav vastuse võimalus "ei puutu minusse /ei tea", mille eesmärk oli tõsta tulemuste täpsust. Küsimustik sisaldas kahte küsimust, millest esimeses paluti uuritaval anda üldine hinnang patsiendiohtuse kohta osakonnas/üksuses ja teises vastata, mitmest patsiendiohtusjuhtumist on uuritav raporteerinud/teada andnud viimase kaheteistkümne kuu jooksul. Lisaks sisaldas küsimustik

taustaandmete küsimusi uuritava ametikoha, töövaldkonna (üksuse/osakond) ja töötatud aja kohta, tööstaaži kohta üldiselt ja konkreetsetes üksuses, töötundide arvu kohta nädalas ning patsiendiga kontakti/suhtluse kohta igapäevatoos. Lisaks oli originaalküsimustikus avatud küsimus, mis andis vastajale võimaluse vabalt kirjutada oma kommentaarid patsiendi ohutuskultuuri kohta haiglas. Käesolevas töös jäeti avatud küsimus küsimustikust välja kuna küsimustiku 30 väite hindamisel oli uurija ja juhendaja hinnangul uurimistöö eesmärk saavutatav ning avatud küsimust vajalikuks ei peetud. Otsust toetasid ka varasemad uurimistööd, mille läbiviimisel on kasutatud sama küsimustikku (Hedsköld jt 2013, Turunen jt 2013, Ricklin jt 2019). Küsimustiku lühemaks muutmine oli AHRQ poolt aktsepteeritav kui see ei mõjutanud uuringu usaldusväärsust (Sorra ja Nieva 2004).

HSOPS küsimustiku esmase versiooni töötasid välja Westat AHRQ teadlased. Küsimustiku väljatöötamiseks viidi läbi mahukas teaduskirjandusel põhinev uuring ohu- ja kahjujuhtumite valdkonnas. Seejärel määrati kindlaks patsiendi ohutuskultuuri põhidimensioonid ja töötati välja küsimused/väited. Küsimustikku katsetati 2003. aastal USA-s ja AHRQ tegi selle kättesaadavaks 2004. aasta novembris. 2007. aastal viidi läbi uus uurimus, mille tulemusena saadi kinnitust, et mõõdik mõõdab hästi seda, milleks see on koostatud. (Sorra ja Dyer 2010.) Antud küsimustikku on kasutatud rohkem kui 60 riigis, seda on tõlgitud ligi 30-sse keelde ning see on näidanud head valiidsust ja reliaablust (Cronbach'i alfa väärtused 0,63-0,84) (Salem jt 2019). 2019. aastal ilmus küsimustiku täiendatud ja kaasajastatud versioon HSOPS 2.0, mille arendamisele aitasid kaasa USA erinevate haiglate eksperdid ja teadlased. HSOPS 2,0 küsimustiku peamiseks erinevuseks varasema versiooniga võrreldes on täiendav vastuse võimalus "ei puutu minusse /ei tea", mis minimeerib tulemuste ebaõige tõlgendamise. (Sorra jt 2019.)

Käesoleva uurimistöö andmeid koguti veebikeskkonnas Lime Survey, mis on suure valimi korral eelistatud andmete kogumise meetod ja tagab uuritavatele ka anonüümsuse. Kuna varem ei ole HSOPS 2,0 küsimustikku Eestis kasutatud ja tegemist oli tõlgitud küsimustikuga, oli vajalik enne põhiuuringut läbi viia eeluuring küsimustiku sisulise arusaadavuse testimiseks enne. Eeluuring ehk uuringu esimene etapp kestis 14 päeva, ajavahemikus 07.09.-21.09.2020. Eeluuring viidi läbi SA TÜK sisekliiniku kahes üksuses. Uuritavate anonüümsuse tagamiseks vormistati küsimustik samuti veebikeskkonnas Lime Survey, kus vastaja IP-aadresse ei salvestata ning küsimustiku täitjat ei ole võimalik tagantjärele tuvastada. Uuringu käigus ei kogutud uuritavatelt ka isikustamist võimaldavaid andmeid. Potentsiaalsetele uuritavatele eeluuringu kutse ja küsimustiku lingi edastamiseks paluti kliiniku õendusjuhi abi. Eeluuringus osalemise üleskutses selgitati uuringu eesmärgi, sisu ning osalemise vabatahtlikuse põhimõtet. Eeluuringu küsimustikule olid lisatud ka

eeluurimuse lisaküsimused, mille tulemusena paluti uuritavatelt tagasisidet küsimustiku sõnastuse arusaadavuse ja küsimustiku täitmiseks kulunud aja kohta. Eeluuringu käigus täitsid küsimustiku 5 uuritavat, kuigi esialgne planeeritud uuritavate arv oli 17. Eeluuringu käigus selgus, et uuritavatel kulus küsimustiku täismiseks 10-15 minutit. Antud ajakulu on kinnitust leidnud ka varasemates uurimistöodes, tuginedes küsimustiku loojate (AHRQ) hinnangutele (Sorra jt 2019). Tagasisideastamise tulemusena selgus, et tõlgitud küsimustik oli sobiv ning ei sisaldanud uuritavate hinnangul üleliigseid, sobimatuid või raskesti mõistetavaid väiteid. Küsimustikus sisuliselt muudatusi ja täiendusi ei tehtud, sellest tulenevalt lisati eeluuringu käigus saadud andmed põhiuurimusse.

Teine etapp ehk põhiuurimus viidi läbi 29.09.-30.11.2020. eespool nimetatud uuringukeskkonnades kasutatades veebikeskkonda Lime Survey. Üleskutse põhiuurimusse edastati koos küsimustiku veebilingiga e-posti teel uurimiskeskondade õendusjuhtidele, õdedele ja abiõdedele personalispetsialistide ja õendusjuhtide kaasabil. Nii nagu eeluuringus, nii ka põhiuurimuses selgitati üleskutses uuringu eesmärgi, sisu ning osalemise vabatahtlikuse põhimõtet. Uuritavatele edastati ka iga kolme nädala tagant uuringu meeldetuletus/kordusteade e-posti teel.

4.4. Andmete analüüs

Uurimistöö andmebaas oli numbriline, võimaldades andmete analüüsil kasutada kirjeldavat ja analüüsivat statistikat. Elektroonse küsimustiku täitis 151 uuritavat ($n = 151$). Uurimistöö andmed sisestati arvutiprogrammi Microsoft Excel 2016, mille abil teostati esmane andmete töötlemine, andmetest eemaldati pooleli jäetud küsimustikud ($n = 62$). Tulemuste põhjalikumaks analüüsimiseks kasutati andmetöötlusprogrammi STATA 14. Illustreerivate tabelite koostamiseks kasutati programmi Microsoft Word 2016 ja jooniste koostamiseks kasutati programmi Microsoft Excel 2016.

Uurimistöö tulemused, mis kajastavad õdede taustaandmeid ning hinnanguid tööle üksuses, infovahetusele ja kommunikatsioonile, õendusjuhtidele ja haigla juhtidele, esitati üldsagedustabelina nii protsentides kui arvudes. Uuritavate taustamuutujate ja patsiendiohutuse kultuurile antud hinnangute vahel tekkinud gruppide võrdlemiseks kasutati Fisher'i täpset testi (*Fisher's exact test*). Statistilist olulisust näitas p -väärtus (p), olulisuse nivooks määrati 0,05 ehk 95% tõenäosusele (Chernick 2011). Patsiendiohutuse kultuuri mõjutavate tegurite omavaheliste seoste uurimiseks kasutati Spearman'i korrelatsioonianalüüsi (*Spearman's correlation*), mis võimaldas süstemaatiliselt uurida kahe või enama muutuja vahelisi seoseid. Spearmani korrelatsiooni koefitsient ρ (ρ) mõõdab seoste tugevust, näidates samal ajal, kas seos on

positiivne või negatiivne. (Burns ja Grove 2005). Omavahelisi seoseid otsiti patsiendiohutuse kultuuri tunnustele antud hinnangute vahel.

Tulemuste esitamisel on küsimustiku vastusevariandid koondatud, kuna iga üksiku vastusevariandi esitamine ei ole mõttekas järjestuskaalal esitatud vahemike ebavõrdsuse tõttu ning iga vastuse intensiivsuste hindamine ei saagi olla väga täpne. Seetõttu koondati vastusevariandid „täiesti nõus“ ning „pigem nõustun“ mõisteks „nõus“, variandid „ei nõustu üldse“ ja „pigem ei nõustu“ mõisteks „ei ole nõus“, variandid „suurepärane“ ja „väga hea“ mõisteks „väga hea“, „puudulik“ ja „halb“ mõisteks „halb“, variandid „mõnikord“ ning „harva“ mõisteks „mõnikord“. Vastusevariante „ei nõus/mittenõus“ tõlgendab uurija, et vastajal on olnud küll oma arvamus, aga mingil põhjusel ei soovinud valida täpsemat vastusevarianti.

Andmebaas uuritavate kogutud andmetega asub Tartu Ülikooli serveris olevas *LimeSurvey* veebikeskkonnas, mis on kaitstud kasutajatunnuse ja parooliga ning teada vaid uurimistöö läbiviijale. Andmete analüüsiks laeti anonüümne andmestik uurimistöö läbiviija isiklikku arvutisse, mis on parooliga kaitstud ja seda saab avada ainult uurimistöö läbiviija. Pärast magistr töö kaitsmist ja tulemuste avaldamist, hiljemalt juuni 2023 uurimistöö digitaalsed originaalandmed kustutatakse.

4.5. Andmete usaldusväärsus

Uurimistöö teadusliku tausta kirjeldamiseks kasutati teemakohaseid usaldusväärseid uurimistöid, mis olid seotud töö eesmärgi ja uurimisküsimustega. Teaduslike artiklite otsimisel kasutati EBSCO, MEDLINE, ESTER ja PubMed teadusandmebaase. Uurimistöö taustaraamistiku kirjeldamiseks kasutati täistekstina kättesaadavaid ingliskeelseid kirjandusallikaid. Lisaks kaasati materjali teemakohased tervisestatistikad ja haiglate arengukavad.

Andmete kogumise ja analüüsi protsessi käigus järgiti teadustöö head tava uurimiseetika ja metodoloogilise korrektsuse osas. Selle kinnituseks kooskõlastati oma tegevus uurimistöö juhendajatega ja taotleti vastavad kooskõlastused uurimiskeskondadest ning Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komiteelt (vt lisa 1). Küsimustiku kasutamiseks ja tõlkimiseks antud uurimistöö raames taotleti luba originaalküsimustiku haldajalt AHRQ (vt lisa 2). Küsimustiku testimiseks viidi läbi eeluuring, mille tulemustest selgus, et uuritavad said küsimustest aru ja küsimustikus ei olnud vaja teha muudatusi. Uurimiskeskondadel ja uuritavatel olid olemas uurija kontaktandmed ning küsimuste täpsustamiseks oli uuritavatel võimalik võtta uurijaga ühendust võtta

e-posti või telefoni teel. Uurimistöösse kaasati kõik ($n = 151$) laekunud ankeedid, kus oli vastatud kõigile küsimustele.

Küsimustiku usaldusväärsuse hindamiseks arvutati küsimustiku eri osade ja küsimustiku kui terviku Cronbach'i alfa (α), mida kasutatakse Likert tüüpi skaalasid sisaldavate küsimustikega kui soovitakse kindlaks teha skaala usaldusväärsus. (Tavakol ja Dennic 2011.) Cronbachi α hindamiseks jagati küsimustik kategooriateks vastavalt küsimustikui kasutusjuhendile (HSOPS 2.0 User's Guide). Uurimistöös kasutatud eesti keelde tõlgitud kogu küsimustiku Cronbachi α väärtuseks oli aga 0,80, mis näitab, et küsimustik sobib tervikuna hindama patsiendiohutuse kultuuri. Cronbachi alfa saab jääda vahemiku ühest nullini ja aksepteeritavaks loetakse tulemust, mis jääb 0,70-0,95 (Tavakol ja Dennic 2011). Cronbachi α väärtused kategooriate kaupa on esitatud tabelis 1.

Tabel 1. Küsimustiku Cronbachi α väärtused alajaotuste kaupa

HSOPS 2,0 küsimustiku alajaotused	Cronbachi α väärtused
A. Hinnangud tööle ükuses (14 väidet)	0,62
B. Hinnangud juhile/ülemusele (3 väidet)	0,53
C. Infovahetus ja kommunikatsioon (7 väidet)	0,75
D. Patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise sagedus (2 väidet)	0,66
F. Hinnangud haigla juhtkonnale (6 väidet)	0,57
KOKKU	0,80

5. TULEMUSED

5.1. Uuritavate taustaandmed

Uurimistöös osales 5% (n = 151) uurimisperioodil Eesti piirkondlikes haiglates töötavatest õendusjuhtidest, õdedest ja abiõdedest (N = 3331). Osalenutest 68,9% olid õed, 22,5% õendusjuhid ja 8,6% abiõed. Enim vastanuid oli kirurgia üksustest (16,6%) ja intensiivravi (mistahes tüüpi) üksustest (12,9%). Vatsanutest 55% oli töötanud 11 või enam aastat samas haiglas ja samas üksuses oli töötanud 47% vastanutest. Üle poolte (64,9%) uuritavatest töötas 30-40 tundi nädalas ning suuremal osal (88,7%) oli vahetu kokkupuude patsientidega.

Tabel 2. Uuritavate taustaandmed

Taustaandmed	n	%	Taustaandmed	n	%
Ametinimetus			Haiglas töötanud aeg		
Õendusjuht/vanemõde	34	22,5	< 1 aasta	3	2,0
Õde	104	68,9	1-5 aastat	39	25,8
Abiõde	13	8,6	6-10 aastat	26	17,2
Kokku	151	100,0	11 aastat või enam	86	55,0
			Kokku	151	100,0
Üksus, kus töötate			Ükuses töötatud aeg		
Palju erinevaid osakondi	7	4,6	< 1 aasta	10	6,6
Ambulatoorne (mitte kirurgiline)	10	6,6	1-5 aastat	40	26,5
Kirurgia	25	16,6	6-10 aastat	30	19,9
Kardioloogia	6	4,0	11 aastat või enam	71	47,0
Erakorralise meditsiini osakond	11	7,3	Kokku	151	100,0
Intensiivravi	19	12,6			
Gastroenteroloogia	4	2,7	Töötunnid nädalas		
Onkoloogia/Hemotoloogia	8	5,3	< 30 tundi nädalas	18	11,9
Lasteosakond	5	3,3	30-40 nädalas	98	64,9
Psühhiaatria	1	0,7	Üle 40 tunni nädalas	35	23,3
Taastusravi	6	4,0	Kokku	151	100,0
Anestesioloogia	5	3,3			
Pulmonoloogia	12	8,0	Tavapärane otsene suhtlus		
Sünnitusabi/günekoloogia	1	0,7	ja kontakt patsiendiga		
*Muu	31	20,5	Jah	134	88,7
Kokku	151	100,0	Ei	17	11,3
			Kokku	151	100,0

*Muu moodustavad statsionaarne õendusabi, sisehaiguste üksused, järelravi ja administratiivsed kohustused.

5.2. Uuritavate hinnangud patsiendihutuse kultuurile

5.2.1. Hinnangud üksuse tööle ja meeskonnatööle üksuses

Analüüsi tulemusena nõustus 88,1% vastanutest, et nende töökohas töötatakse ühtse ja tugeva meeskonnana ning 89,4% nõustus, et üksteist aidatakse kiirematel aegadel. Uuritavatest 47% arvates töötas üksuses piisavalt personali, et toime tulla suure töökoormusega. Kuigi 65,6%

vastanutest nõustus, et kiire töötempo mõjutas patsiendiohutust negatiivselt, leidis 49,7% õdedest, et polnud vajadust kasutada ajutist tööjõudu ja 51,0% uuritavate hinnangul on personal ise nõus tegema ületunde, kui see on vajalik patsiendiohutuse tagamiseks.

Üle poole (62,3%) vastanutest nõustus väitega, et üksus, milles nad töötavad, hinnatakse regulaarselt patsiendiohutust ja sellest tulenevalt vajalike muudatuste tegemist ning 54,3% vastanutest leidis, et tehtud muudatuste efektiivsust ka hinnatakse. Samas, 49,7% uuritavatest nõustus, et üksuses esines samu patsiendiohutuse probleeme üha uuesti ja uuesti. Enam kui poolte (51,7%) uuritavate arvates patsiendiohtusjuhtumi registreerimise järgselt “näidati näpuga” vea teinud inimesele, mitte probleemile, 48,3% vastanutest nõustus, et üksuses puudus tugi vea teinud personalile. Siiski, üle poole uuritavatest (54,3%) leidis, et ohutusjuhtumi teavitamise järgselt keskendutakse ohutusjuhtumitest õppimisele, mitte vea teinud isiku süüdistamisele. Hinnangud tööle üksuses on esitatud tabelis 3.

Tabel 3. Hinnangud tööle üksuses

Hinnang tööle üksuses	Ei nõus	Ei nõus/mitte nõus	Nõus	Ei tea/ei puutu minusse
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Töötatakse tugeva ja ühtse meeskonnana	6,6 (10)	5,3 (8)	88,1 (133)	0,0 (0)
Piisavalt on personali, et toime tulla suure töökoormusega	41,7 (63)	11,3 (17)	47,0 (71)	0,0 (0)
Personal teeb vajadusel ületunde, kui see on vajalik patsiendiohutuse tagamiseks	10,6 (16)	10,6 (16)	51,0 (77)	27,8 (42)
Hinnatakse regulaarselt, kas patsiendiohutuse tagamiseks on vaja muudatusi	6,0 (9)	13,3 (20)	62,3 (94)	18,5 (28)
Kasutatakse palju ajutist personali/tööjõudu	49,7 (75)	11,3 (17)	37,8 (57)	1,3 (2)
Personal tunneb, et vigu kasutatakse nende vastu	31,8 (48)	16,6 (26)	49,7 (75)	2,0 (3)
Kui teavitatakse patsiendiohtusjuhtumist, jääb mulje, et „näidatakse näpuga” inimesele, mitte probleemile	28,5 (43)	11,3 (17)	51,7 (78)	8,6 (13)
Personal aitab üksteist kiirematel aegadel	3,8 (6)	6,6 (10)	89,4 (135)	0,0 (0)
Probleemiks on personali lugupidamatu käitumine	73,5 (111)	15,2 (23)	11,3 (17)	0,0 (0)
Kui keegi teeb vea, keskendutakse sellest õppimisele, mitte vea teinud isiku süüdistamisel	3,3 (5)	15,9 (24)	54,3 (82)	26,5 (40)
Töötempo on nii kiire, et see mõjutab negatiivselt patsiendiohutust	9,3 (14)	11,9 (18)	65,6 (99)	13,3 (20)
Hinnatakse patsiendiohutuse tagamiseks tehtud muudatuste efektiivsust	7,3 (11)	24,5 (37)	54,3 (82)	13,9 (21)
Puudub tugi personalile, kes on teinud vea, seades ohtu patsiendiohutuse	24,5 (37)	19,9 (30)	48,3 (73)	7,3 (11)
Esineb samu patsiendiohutuse probleeme üha uuesti ja uuesti	31,8 (48)	15,9 (24)	49,7 (75)	2,7 (4)

5.2.2. Hinnangud infovahetusele ja kommunikatsioonile

Uuritavatest 39,7% hinnangul personal võtab alati sõna kui näeb, et miski mõjub negatiivselt patsiendiohutusele ning 29,1% vastanu hinnangul võeti sõna ka siis kui vea tegi kõrgemal ametikohal olev töötaja. Vastajatest 60,3% aga leidis, et personal kardab mõnikord esitada küsimusi kui asjad ei tundu olevat õiged patsiendiohutuse seisukohast. Uuritavate (37,8%) hinnangul informeeriti neid alati üksuses juhtuvatest patsiendiohutusjutumitest ning 30,5% nõustusid, et üksuses arutatakse alati, kuidas korduvaid patsiendiohutusjuhtumeid ennetada. Uuritavatest 39,7% leidis, et personal teeb alati ettepanekuid juhile patsiendiohutusega kaasnevate probleemide lahendamisel. Hinnang infovahetusele ja kommunikatsioonile on esitatud tabelis 4.

Table 4. Infovahetus ja kommunikatsioon

Infovahetus ja kommunikatsioon	Mitte kunagi	Mõnikord	Enamus aega	Alati	Ei tea/ei puutu minusse
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Meid informeeritakse üksuses juhtuvatest vigadest	1,3 (2)	27,2 (41)	32,5 (49)	37,8 (57)	1,3 (2)
Arutame üksuses, kuidas ennetada korduvaid vigasid	2,0 (3)	34,4 (52)	33,1 (50)	30,5 (46)	0,0 (0)
Üksuses informeeritakse meid muudatustes, mis on tehtud patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise tulemusena	1,3 (2)	21,2 (32)	31,1 (47)	43,7 (66)	2,7 (4)
Personal võtab julgelt sõna, kui näeb, et miski mõjub negatiivselt patsiendiohutusele	0,0 (0)	25,8 (39)	34,5 (52)	39,7 (60)	0,0 (0)
Personal võtab julgelt sõna, kui kõrgemal ametikohal olev töötaja teeb vea, mis ohustab patsienti	6,0 (9)	42,4 (64)	29,1 (44)	17,9 (27)	4,6 (7)
Persona julgelt teha ettepanekuid juhile/ülemusele, lahendamaks patsiendiohutusega kaasnevaid probleeme	2,0 (3)	29,1 (44)	28,5 (43)	39,7 (60)	0,7 (1)
Üksuses personal kardab esitada küsimusi kui asjad ei tundu olevat õiged	26,5 (40)	60,3 (91)	9,3 (14)	3,3 (5)	0,7 (1)

Hinnates üksuses patsiendi hooldusega seotud info liikumist, ei nõustunud 79,9% vastajat väitega, et valve vahetuse ajal läks oluline info patsiendi hoolduse kohta kaduma ning 67,6% uuritavst leidis, et valve vahetuse aeg oli piisav, et edastada kogu oluline info patsiendi hoolduse kohta. Uuritavatest 58,9% nõustus, et patsiendi üleviimisel ühest üksusest teise, edastati oluline info patsiendi kohta. Hinnang patsiendi hooldust puudutava infovahetuse kohta on esitatud tabelis 5.

Tabel 5. Patsiendi hooldust puudutav infovahetus

Patsiendi hooldust puudutav infovahetus	Ei nõus	Ei nõus/mitte nõus	Nõus	Ei tea/ei puutu minusse
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Patsiendi transportimisel ühest üksusest teise, läheb tihti oluline info kaduma	58,9 (89)	23,8 (26)	13,2 (21)	3,3 (5)
Valve vahetuse ajal läheb oluline info tihti kaduma, mis puudutab patsiendi hooldust	70,9 (107)	8,6 (13)	11,9 (18)	8,6 (13)
Valve vahetuse aeg on piisav, et edastada kogu oluline info patsiendi hoolduse kohta	17,9 (27)	6,6 (10)	67,6 (102)	8,0 (12)

5.2.3. Hinnangud otsesele juhile ja haigla juhtkonnale

Uuritavatest 82,1% nõustusid, et vahetu juht arvestas personali ettepanekutega patsiendiohutuse parendamisel ja 43,1%, et juht tegeleb teavitatud patsiendiohutuse probleemidega. Uuritavatest 47,7% nõustus, et haigla juhtkonna prioriteediks on patsiendiohutus ja 31,8% vastaja hinnagul eraldas juhtkond piisav ressursside olemasolu patsiendiohutuse tagamiseks. Hinnangud otsesele juhile ja haigla juhtkonnale on esitatud tabelis 6.

Tabel 6. Hinnangud otsesele juhile ja haigla juhtkonnale

Hinnang juhile ja haigla juhtkonnale	Ei nõus	Ei nõus/mitte nõus	Nõus	Ei tea/ei puutu minusse
	% (n)	% (n)	(n)	% (n)
Juht/ülemus võtab arvesse personali soovitusi patsiendiohutuse parandamiseks	9,3 (14)	8,6 (13)	82,1 (124)	0,0 (0)
Stressirikastes olukordades soovib juht/ülemus, et töötaksime kiiremini, isegi kui see tähendab järeleandmisi	26,5 (40)	18,5 (28)	50,3 (76)	4,6 (7)
Juht/ülemus tegeleb patsiendiohutuse probleemide lahendamise, millele on tähelepanu juhitud	3,3 (5)	11,9 (18)	43,1 (65)	41,7 (63)
Haigla juhtkonna tegevused näitavad, et patsiendiohutus on prioriteediks	16,6 (25)	31,1 (47)	47,7 (72)	4,6 (7)
Haigla juhtkond tagab piisava ressursside olemasolu paremaks patsiendiohutuse tagamiseks	23,9 (36)	40,4 (61)	31,8 (48)	4,0 (6)
Haigla juhtkonda huvitab patsiendiohutus ainult siis kui aset on leidnud mõni patsienti kahjustav sündmus	39,7 (60)	21,2 (32)	32,5 (49)	6,6 (10)

5.2.4. Hinnangud patsiendiohutusele ja patsiendiohutusjuhtumite registreerimisele

Uuritavate üldine hinnang patsiendiohutusele üksuses oli hea (56,3%) või väga hea (34,4%). Ühe või enam patsiendiohutusjuhtumit oli registreerinud viimase 12 kuu jooksul hinnanguliselt 49,7% uuritavat. Uuritavate hinnangul (17,9%) registreeriti ohutusjuhtumeid, mis avastati enne

kui see patsiendile mõju avaldas ning vähem (9,9%) registreeriti ohutusjuhtumeid, mis patsienti potentsiaalselt ei ohustanud.

5.2. Patsiendiohutuse kultuurile antud hinnangute omavahelised seosed

Spearmani korrelatsioonianalüüsi tulemusena leiti statistiliselt olulised keskmise tugevusega seosed meeskonnatööle ja seda iseloomustavatele väidetele antud hinnangute vahel. Mida tugevamaks ja ühtsemaks hinnati üksuse meeskonnatöö, seda rohkem keskenduti patsiendiohutusjuhtumi menetlemisel õppimisele, mitte vea teinud isiku süüdistamisele ($\rho = 0,380$, $p < 0,001$), seda enam tunnetati üksteise aitamist ($\rho = 0,435$, $p < 0,001$) ning vea teinud töötaja toetamist ($\rho = 0,326$, $p < 0,001$). Mida kõrgemad olid hinnangud meeskonnatööle, seda kõrgemad olid hinnangud ka patsiendiohutusele üksuses ($\rho = 0,331$, $p < 0,001$).

Statistiliselt olulised positiivsed keskmise tugevusega seosed leiti juhtimisele ja meeskonnatööle antud hinnangute vahel. Mida enam üksuse juht arvestas personali soovitusi patsiendiohutuse parendamiseks, seda tugevamaks ja ühtsemaks hinnati meeskonnatööd ($\rho = 0,370$, $p < 0,001$). Mida rohkem juht tegeles patsiendiohutuse probleemidega üksuses, seda vähem tundis personal, et vigu kasutatakse nende vastu ($\rho = 0,331$, $p < 0,001$).

Statistiliselt olulised keskmise tugevusega positiivsed seosed esinesid ka infovahetuse ja seda iseloomustavate väidete vahel. Mida enam informeeriti personali üksuses patsiendi ohtu seadnud vigadest, seda enam arutati, kuidas korduvaid vigu ennetada ($\rho = 0,605$, $p < 0,001$). Mida rohkem korduvaid vigu arutati, seda enam tehti juhile ettepanekuid patsiendiohutuse arendamiseks ($\rho = 0,442$, $p < 0,001$) ja informeeriti personali patsiendiohutuse tagamiseks tehtavatest muudatustest ($\rho = 0,513$, $p < 0,001$).

5.3. Olulisemad seosed patsiendiohutuse kultuuri tunnustele antud hinnangute ja uuritavate taustamuutujate vahel.

Statistiliselt olulisi erinevusi üksuse patsiendiohutusele antud hinnangutes õendusjuhtide, õdede ja abiõdede vahel ei tuvastatud ($p = 0,228$), küll aga esinesid erinevused konkreetses haiglas töötamise tööstaažist sõltuvalt ehk lühema tööstaažiga, alla kuue aasta töötanud uuritavad hindasid patsiendiohutust üksuses kõrgemalt ($p = 0,008$). Õendusjuhtide, õdede ja abiõdede hinnangutes üksuse meeskonnatööle statistiliselt olulisi erinevusi ei tuvastatud. Õendusjuhid hindasid kõrgemalt personali informeeritust patsiendiohutusjuhtumitest üksuses ($p = 0,011$) ning kõrgemalt hindasid informeeritust ka uuritavad, kes omasid konkreetses üksuses pikemat

tööstaaži ($p = 0,051$). Õed nõustusid sagedamini kui õed ja abiõed, et patsiendiohutusjuhtumi menetlemise tulemusena keskendutakse enam vigadest õppimisele, mitte vea teinud isiku süüdistamisele ($p = 0,011$).

Fisheri täpse testi tulemustest selgus, et patsiendiohutusjuhtumite registreerimine viimase 12 kuu jooksul oli kõrgem õendusjuhtide seas ($p < 0,001$), õendusjuhid enam kui õed ja abiõed pidasid sagedamini vajalikuks teavitada ohujuhtumitest, mis avastati enne kui see patsiendile mõju avaldas ($p = 0,036$) ja ohujuhtumitest, mis patsienti potentsiaalselt ei ohustanud ($p = 0,013$). Statistiliselt olulist erinevust ei esinenud patsiendiohutusjuhtumite registreerimisel viimase 12 kuu jooksul ja tööstaaži vahel konkreetses haiglas ($p = 0,465$) ning üksuses ($p = 0,479$). Sagedamini registreerisid patsiendiohutusjuhtumeid töötajad, kelle positsioon ei võimaldanud tavapäraselt otsest suhtlust või kontakti patsiendiga ($p = 0,002$).

6. ARUTELU

6.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega

Käesoleva uurimistöö eesmärk oli kirjeldada Eesti piirkondlikes haiglates töötavate õdede hinnanguid patsiendiohutuse kultuurile oma üksuses ja kogu organisatsioonis, selgitada seoseid hinnangute vahel ning hinnangute seoseid õded taustaga.

Kuna patsiendiohutus on ülemaailmne väljakutse, mis algas 20. sajandi viimastel aastatel, on käesolevat teemat palju uuritud kvantitatiivselt (Kohn jt 2000, Nieva ja Sorra 2003, Sorra ja Dyer 2010, Kuosmanen jt 2013, Nordin jt 2013, Turunen jt 2013, Danielsson jt 2017), kuid leidub ka kvalitatiivseid uurimusi (Danielsson 2014, Ridberg jt 2014, Granel jt 2020). Nii nagu mujal maailmas, nii ka Eestis räägitakse üha enam patsiendiohutusest ja patsiendiohutuse kultuurist ning suuremad haiglad on teemat organisatsioonisiselt mingil määral uurinud. Samas puudub organisatsioonideülene teave.

Kõige kõrgemad positiivsed hinnangud anti meeskonnatööle üksuses. Leiti, et töötatakse ühtse ja tugeva meeskonnana, mida iseloomustab lugupidav suhtumine teineteisesse ja ollakse valmis üksteist aitama kiirematel aegadel. Need tulemused on sarnased varasematele uurimistöödega (Kuosmanen jt 2013, Ammouri jt 2014, Ridberg jt 2014, Granel jt 2020). Ehkki meeskonnatööd hinnati käesolevas uurimistöös kõrgelt, siis uurija leiab, et meeskonna liikmete pühendumist tööle ja omavahelist seotust mõjutavad paljuski juhi hoiakud ja käitumisnormid. Seda kinnitavad ka varasemad uurimistööd, kus on rõhutatud, et juhtidel tuleb motiveerida töötajaid ühise eesmärgi nimel tegutsema (Nieva ja Sorra 2003, Ulrich ja Kear 2014, Famolaro jt 2016). Hea juht oskab inimesi väärtustada, nendega suhelda ja huvi tunda, kuidas neil läheb. Kui inimene tunneb, et ta on oluline, suureneb tema eneseusk ning sealjuures ka motivatsioon. Panustada tuleks ka ühistegevustesse ja anda inimestele võimalus tulla korra oma töörutinist välja ning teha midagi koos väljaspool tööaega. See on küll väike asi, aga suure mõjuga inimeste motivatsioonile ja soovile töötada ühtse ja tugeva meeskonnana.

Positiivseid, patsiendiohutuse kultuurile viitavaid aspekte kinnitavad ka infovahetusele ja suhtlemisele antud hinnangud. Personal julges võtta sõna kui miski ohustas patsiendiohutust ja teha ettepanekuid oma juhile, lahendamaks patsiendiohutusega kaasnevaid probleeme. Üle poole uuritavatest nõustusi, et nende otsene juht võtab soovitud ettepanekuid ka arvesse, ka Kuosmanen jt (2013) leidsid oma uuringus, et personal võttis sõna patsiendiohutuse

parendamiseks. Uurija isiklikele kogemustele toetudes näitab see tulemus, et ülemuse ja alluva suhete vaheline hierarhiline lõhe on aastate jooksul märgatavalt vähenenud ning tehakse tõhusamat koostööd ühise eesmärgi saavutamiseks, pakkudes patsiendile professionaalsemat ravikvaliteeti.

Erinevalt varasematest uuringutest võib esile tuua head koostööd üksuste vahel, kuna üle poole vastanutest nõustus, et patsiendi transportimisel ühest üksusest teise ei lähe oluline info patsiendi kohta kaduma, kuid varasemates uuringutes on just see aspekt välja toodud kitsaskohana patsiendiohutuses (Kuosmanen jt 2013, Ammouri jt 2014, Källberg jt 2017, Okyama jt 2018). Erinevuse põhjuseks võib uurija arvates olla Eesti haiglates väga hästi toimiv digitaalne infosüsteem (k.a. haiglate siseveeb), kuhu kantakse patsiendi kohta käiv info ja see on kättesaadav kõigile meditsiinitöötajatele. Seega võib oletada, et patsiendi kohta saamata jäänud teave leitakse kiirelt patsiendi digiloost ja see ei tekita töötajatele muret.

Õed väärtustasid oma vahetute juhtide tegevust patsiendiohutuse edendamisel üksuses. Nad leidsid, et panustatakse pidevalt patsiendiohutuse parendamisesse ja tehtud parenduste hindamisesse. Enamiku uuritavate hinnangul teavitati personali üksuse juhtuvatest patsiendiohutusjuhtumitest ja peaaegu pooled uuritavatest nõustusid, et juht tegeleb ka patsiendiohutusjuhtumitega, millele on tähelepanu juhitud.

Kahjuks tuleb tõdeda, et haigla juhtkonna toetust patsiendiohutusele hinnati madalalt ja see tulemus on kooskõlas varasemate uuringutega (Kuosmanen jt 201, Turunen jt 2013, Danielsson jt 2017, Farokhzadian jt 2018). Alla poole uuritavatest käesolevas uurimuses nõustus, et haigla juhtkonna prioriteediks on patsiendiohutus. Üheks põhjuseks võib olla, et haigla juhtkonna tegevus patsiendiohutuse osas ei ole piisavalt läbipaistev, jäädes töötajatele kaugeks. Teatakse, et midagi tehakse, aga mil määral ja kuidas, jääb neile ebaselgeks. Teiseks põhjuseks võib olla, et haigla juhtkond ei pööra piisavalt tähelepanu patsiendiohutuse tagamisele ja sellega tegeletakse ainult juhul, kui aset on leidnud mõni patsienti kahjustav sündmus, millele viitavad ka käesoleva töö tulemused. Oluline on, et haigla juhtkonna prioriteediks on patsiendiohutus ning see teadmine ja tunnetus jõuaks ka kõigi töötajateni, kuna juhtide pühendumus, suhtumine ja hoiakud on aluseks positiivsema patsiendiohutuse kultuuri kujunemisele.

Patsiendiohutusjuhtumite teavitamisele keskendunud tulemused näitasid et patsiendiohutusjuhtumite registreerimine oli uuritavate hinnangul siiski üsna madal, alla poole vastanutest teavitas viimase 12 kuu jooksul ühest või enamast patsiendiohutusjuhtumist. Enam

kui pooled uuritavatest nõustusi, et patsiendiohutusjuhtumist teavitamise järgselt jääb mulje, nagu „näidatakse näpuga“ vea teinud inimesele, mitte probleemile, sama palju vastanutest arvasid, et tehtud vigu kasutatakse nende vastu ning üksuses puudus tugi patsiendiohutuse ohtu seadnud personalile. Need leiud on kooskõlas varasemate uurimistöödega (Ballangrund jt 2012, Ricklin jt 2019, Granel jt 2020), kus toodi välja, et personal tundis ennast ebakindlalt patsiendiohutusjuhtumite teavitamise ees, tajudes süütunnet ja hirmu saada karistada. Turunen jt (2013) uuringus jäi aga personalile kohati ebaselgeks, kas nende vigu kasutatakse nende vastu. Patsiendiohutusjuhtumid puudutavad nii otseselt kui kaudselt paljusid inimesi ning seetõttu on oluline, et sellel teemal räägitakse ja mitte ainult üksikute juhtumite kontekstis, vaid probleemi käsitletakse laiemalt.

Oluline on tõsta tervishoiutöötajate teadlikkust patsiendiohutusest, seda kinnitavad ka varasemate uurimistööde tulemused. Nende tulemuste põhjal oli riigiti patsiendiohutusjuhtumite ulatus väga sarnane, mis näitas, et patsiendiohutusjuhtumite esinemissagedus oli 9,2% ja sellest umbes 43% oleks olnud välditavad patsiendiohutusjuhtumid (Rafter jt 2015). See tähendab, et kõikidest hospitaliseerimistest välditavaid patsiendiohutusjuhtumeid esines keskmiselt 3,96% juhul. Kui arvestada, et Eestis oli 2019. aastal 219 074 hospitaliseerimist (Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas 2021) siis võiks rahvusvaheliste uuringute põhjal järeldada, et Eestis koges 2019. aastal ligikaudu 8675 patsienti välditavat kahju.

Selleks, et õed julgeks rääkida ebaõnnestumistest ja vigadest patsiendiohutuses, saaksid väga palju ära teha just õendusjuhid. Juhtide suhtumine patsiendiohutusse mõjutab suures osas töötajate suhtumist sellesse. Juhtide ülesandeks on oma töötajatele pakkuda nii vaimset kui emotsionaalset tuge ning julgustada neid teavitama patsiendiohutusjuhtumitest, ilma et töötajad peaks kartma negatiivseid tagajärgi. Ka varasemates uurimistöödes on kirjeldatud, et juhid peaksid rohkem tähelepanu pöörama töötajate psühholoogilisele, vaimsele ja emotsionaalsele toele ja pakkuma julgustavat suhtumist patsiendiohutusse, et vältida süütunde tekkimist (Kuosmanen jt 2013, Danielsson 2014, Farokhzadian jt 2018, Granel jt 2020). Näiteks kui patsiendiohutusjuhtumi menetlemise tulemusena juht teeb ohujuhtumist teavitanud töötajale isiku pihta käivaid personaalseid märkusi, siis ilmselgelt kardetakse patsiendiohutusjuhtumitest teavitada.

Patsiendi jaoks võib tähendada tervisekahjustus ajutist või püsivat töövõimetust ja sellega kaasnevat elukvaliteedi langust. Patsiendiohutusjuhtumi tõttu tekkinud kahju toob endaga kaasa ka lisakulu tervishoiuasutusele, kuna see tähendab täiendavat ravi patsiendile. Seega on oluline

muuta töötajate suhtumist ja arusaama patsiendiohutusega seotud tegevustest, sealhulgas patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise vajadusest ja selle eesmärkidest. Üle poole uuritavatest leidis, et patsiendiohutusjuhtumitest teavitamine ei tähenda süüdlase otsimist, vaid soovi vigadest õppida. Sarnased tulemused saadi ka varasemates uurimistöödes, kus uuritavad väärtustasid patsiendiohutusjuhtumitest õppimist (Nordin jt 2013, Ammouri jt 2014, Ridberg 2014, Farokhzadian jt 2018). Selleks, et soovitud eesmärkideni ja tulemusteni jõuda patsiendiohutuses, tuleb personali arendada, juhendada ja võimestada, võimaldades neile tõenduspõhiseid koolitusi ja kaasata aktiivselt osalema patsiendiohutuse kultuuri kujunemisel ja arendamisel.

Käesolevas uurimistöös leiti, et mida tugevam ja ühtsem oli meeskonnatöö, seda positiivsemalt hinnati patsiendiohutust üksuses. Nii tõhus meeskonnatöö kui avatud suhtlemine on olulise tähtsusega, selleks et toetada patsiendiohutuse tagamist (Baker 2006, Gunawan ja Hariyati 2019). Tugevas ja ühtses meeskonnas toetati ja aidati üksteist ning keskenduti pigem patsiendiohutusjuhtumi menetlemisel vigadest õppimisele, mitte vea teinud isiku süüdistamisele. Selleks et korduvaid vigu ennetada arutati neid üksuses, mis andis personalile rohkem julgust teha ka ettepanekuid oma otsesele juhile patsiendiohutuse tagamiseks. See kinnitab, et patsiendiohutusjuhtumeid on vaja üksuses arutada, ehk tagasiside ja info jagamine on patsiendiohutuses arendamisel üheks võtmeteguriks. Ka varasemates uurimistöödes (Flin jt 2000, Reason 2004, Sammer jt 2009) on leitud, et kui vigadest saab vabalt rääkida, neist teatada ja neid arutada, siis annab see võimaluse probleeme tõhusamalt avastada ning parandada.

Õendusjuhtide hinnangud küsimustikus olevatele väidetele olid mõnevõrra kõrgemad kui mittejuhtide seas. See leid on kooskõlas varasemate patsiendiohutuse kultuuri uuringutega, kus juhtivatel kohtadel olevad vastajad hindasid patsiendiohutuse kultuuri positiivsemaks (Kuosmanen jt 2013, Nordin jt 2013, Turunen jt 2013). Seda võib seletada sarnaselt Nordin jt (2013) põhjendusega, et juhid käsitlevad oma töös rohkem patsiendiohutust sisaldavaid aruandeid ja tegevuskavasid, olles seetõttu rohkem kursis patsiendiohutuse olemusega ja ollakse teadlikumad patsiendiohutuse kultuuri mõjutavatest teguritest.

Käesoleva uuringu tulemused näitavad, et uuritavatest hindasid 90,7% üldist patsiendiohutust üksuses heaks või väga heaks, hinnangud erinesid ametialaselt ja tööstaažist tulenevalt. Õed ja abiõed hindasid õendusjuhtidest positiivsemalt patsiendiohutust üksuses, kõrgemad hinnangud andsid patsiendiohutusele ka väiksema tööstaažiga uuritavad. See pole aga kooskõlas varasemate uuringutega (Kuosmanen jt 2013, Nordin jt 2013, Turunen jt 2013), kus pigem pikema

tööstaažiga töötajad hindasid patsiendiohutust kõrgemalt, kuna pikem tööstaaž enamasti tähendas suuremat kogemuste ja teadmiste pagasit. See muidugi ei tähenda, et käesoleva uuringu uuritavad oleksid vähem kogenumad või vähem pädevamad, pigem eeldaks, et lühema staažiga töötajad ei oma piisavat kompetentsi ja kogemust veel, et hinnata patsiendiohutust adekvaatselt.

6.2. Eetilised aspektid

Urija valis uurimisteema, mis on huvipakkuv ja aktuaalne ning tuleneb õendusteaduse õppetooli uurimisstrateegiast, mille eesmärgiks on pakkuda riiklikult ja rahvusvaheliselt olulisi uurimistulemusi ja tõendus põhists teavet. Uurimistöö kavandamisel tegi uurija tööd teaduskirjandusega, mille raames koguti varasemate uurimistööde põhjal informatsiooni uuritava nähtuse kohta. Kogutud materjali põhjal valiti uurimismeetod ja leiti sobiv küsimustik HSOPS 2.0 uurimistöö läbiviimiseks Eestis. Küsimustiku kasutamiseks ja tõlkimiseks antud uurimistöö raames taotleti luba originaalküsimustiku haldajalt AHRQ.

Uurimistöö läbiviimisel järgiti eetilisi nõudeid ning seadusandlust. Kõigilt uurimiskeskondadelt taotleti kooskõlastused ja seejärel taotleti kooskõlastus ka Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt. Küsimustiku testimiseks viidi läbi eeluuring, mille tulemustest selgus, et uuritavad said küsimustest selgelt aru, sellest tulenevalt ei olnud vajadust teha muudatusi küsimustikus. Uuritavate värbamiseks kasutati haiglate ja struktuurüksuste õendusjuhtide ja personalispetsialistide abi, selleks et välja selgitada uurimistöö kriteeriumitele vastavad abiõed, õed ja õendusjuhid ning vastavalt kokkuleppele, paludes neil edastada ka elektrooniline küsimustiku link koos kaaskirjaga õdedele e-posti teel. Uuringus osalejate anonüümsuse tagas küsimustikule vastamine veebikeskkonnas Lime Survey ning isikustamist võimaldavaid andmeid uuritavatel ei kogutud. Lisaks kasutati LimeSurvey veebikeskkonnas spetsiaalset pakutavat rakendust, mille tulemusena ei salvestatud vastajate IP-aadresse, suurendades sellega veelgi uurimuses osalemise otsustamisvabadust.

Seoses Covid-19 viiruse pandeemia levikuga Eestis, ei olnud võimalik haiglatesse uurimistööd tutvustama minna, seega saadeti info uurimistöö olulisusest, eesmärkidest ja uurimistöö läbiviimise korraldusest laiali e-posti teel. Uurimiskeskondadel ja uuritavatel olid olemas uurija kontaktandmed ning küsimuste täpsustamiseks oli uuritavatel võimalus uurijaga ühendust võtta e-posti või telefoni teel. Uurimisperioodi jooksul saadeti uuritavatele kolme nädalase vahega meeldetuletuse teade e-postile. Uurijale oli siin mõttekoht, kas on üldse eetiline tülitada õdesid oma küsimustikuga, kuna Covid pandeemiast tulenevalt oli õdede töökoormus järsult suurenenud ning see võis muuta tervishoiutöötajate töökeskkonna stressirohkemaks ja tekitada ka lisa pingeid. Samas leidis uurija,

et Covid ei vabasta meid siiski patsiendiohutusega tegelmast ja seda uurimast, vastupidi, see on veelgi olulisem kriisiolukorras, kuna stressirohkes töökeskkonnas võivad sageda ka patsiendiohutusjuhtumid.

Uurimistöö käigus kogutud andmed säilitatakse Tartu Ülikooli serveris olevas LimeSurvey veebikeskkonnas, mis on kaitstud kasutajatunnuse ja parooliga ning teada vaid uurimistöö läbiviijale. Andmete analüüsi ajaks laeti elektroonne andmebaas uurimistöö läbiviija isiklikku arvutisse, mis on parooliga kaitstud ja mida saab avada ainult uurimistöö läbiviija. Kõikides uurimistöö etappides arvestati uuritavate huve. Autor ei mõjutanud ühelgi viisil uurimistöö tulemusi, esitades andmed ausalt ja korrektset. Uurimistöö käigus saadud infot kasutatakse üldistatud kujul ning ainult teaduslikel eesmärkidel. Uurimistöö viidi läbi autori enda finantsidest. Pärast magistr töö kaitsmist ja tulemuste avaldamist, hiljemalt juuni 2023 uurimistöö digitaalsed originaalandmed kustutatakse.

6.3. Uurimistöö usaldusväärsus ja kitsaskohad

Õdede hinnanguid patsiendiohutuse kultuurile Eesti piirkondlikes haiglates koguti HSOPS 2,0 küsimustikuga. Küsimustiku reliaablust ehk usaldusväärsust mõõdeti statistiliselt Cronbach'i alfa. Küsimustiku sobivuse hindamiseks arvutati küsimustiku eri osade alfa. Küsimustik oli jaotatud viieks kategooriaks, mille Cronbach'i alfa jäi vahemiku 0,53 – 0,75. Sarnased tulemused saadi varasemate uuringute tulemusena, kus koefitsient jäi vahemiku 0,52 - 0,86 (Kuosmanen jt 2013, Nordin jt 2013, Turunen jt 2013). Kogu küsimustiku Cronbach'i alfa oli 0,80, mis on aktsepteeritud suurus ja näitab, et küsimustik on valideeritud ning sobib uurima patsiendiohutuse kultuuri.

Uurimistöö tulemused põhinevad õendusjuhtide, õdede ja abiõdede hinnangutel ja arusaamadel. Õendustöötajatel võivad olla väga erinevad arusaamad käesolevast teemast ning antud hinnangud ja arusaamad mõjutavad nende käitumist, mängides olulist rolli patsiendiohutuse kultuuri ja seda mõjutavate tegurite hindamisel. Uurimistöö küsimustiku taustaküsimustesse oleks võinud lisada ka õendustöötajate haridustaseme, autori arvates mõjutab haridustase uuritavate arusaama ja hinnanguid patsiendiohutuse kultuurile.

Käesolevas töös jäeti avatud küsimus küsimustikust välja, kuna küsimustik oleks olnud uurija arvates uuritavatele täitmiseks ajamahukam, seetõttu ei soovitud sellega vastajaid koormata, seda eriti juhul kui uurimistöö eesmärk on saavutatav ilma selleta. Ajamahukamaks oleks muutunud ka vastuste analüüsimine, sellepärast et avatud küsimuse analüüsimine oleks nõudnud uurijalt lisaks

kvanitatiivsele- kvalitatiivset analüüsimis meetodit. Uurimistöö käigus saadud tulemusi analüüsides leidis autor, et tegelikult oleks uurimistöö väärtust tõstnud avatud küsimuse kaasamine. Selle kaasamine oleks andnud võimaluse saada lisaks olulist ning väärtuslikku infot ja aidanud ehk rohkem paljastada töötajate hoiakuid ja kogemusi patsiendiohutuse kultuuri kohta.

Kitsaskohaks on uuringus osalejate protsent (5%), mis jäi oodatust väiksemaks. Vastajaid oli piisavalt palju, et tekiks andmebaas ja teha järeldusi, kuid üldistusi Eesti piirkondlikes haiglates töötavatele õdedele teha ei saa. Vastajate vähesuse võis tingida see, et paralleelselt vähemalt ühes uurimiskeskkonnas toimus samalaadne uurimus. Mittevastamise võis põhjustada lisaks veel ajafaktor ja elektroonne küsimustik, kuna vanemaealised õed võivad eelistada paber kandjal küsimustikke. Mitteosalemise põhjuseks võis olla ka keelebarjäär, kuna küsimustik oli ainult eestikeelne. Uurija peab üheks olulisemaks faktoriks aga Covid-19 viiruse pandeemiat, mille tõttu tõusis meditsiinipersonali töökoormus hüppeliselt. LimeSurvey uurimiskeskkonnas oli avatud küsimustikke 208 korral, millest pooleli jäeti 62 ankeeti, see võis olla tingitud just suurenenud töökoormusest. Covid-19 pandeemia tõttu ei olnud võimalik ka uurijal isiklikult uurimiskeskkondadesse kohale minna uurimistööd uuritavatele tutvustama.

6.4. Tulemuste olulisus, rakentatavus ja uued uurimisprobleemid

Käesolev uurimistöö oli vajalik tõendus põhise teabe saamiseks patsiendiohutuse kultuurist Eesti piirkondlikes haiglates. Saadud teadmised on vajalikud patsiendiohutuse parendamiseks ja kvaliteetsema tervishoiuteenuse osutamiseks. Uurimistööst selgus, et õed on küll teadlikud patsiendiohutusest, kuid vajavad emotsionaalset tuge ja julgustamist juhtidelt patsiendiohutusjuhtumite registreerimisel ning soovivad saada rohkem tagasisidet registreeritud patsiendiohutusjuhtumitest. Juhtidel tuleb arvestada ka koolitusvajadusega, kuna seda peetakse patsiendiohutuse kultuuri üheks oluliseks teguriks, läbi mille saab tõsta patsiendiohutust.

Tervishoiu Kõrgkoolide kohustuslikus õppekavas võiks olla patsiendiohutuse õppeaine, et õendusüliõpilastele selgitada patsiendiohutuse olemust, mis on patsiendiohtusjuhtum ja kuidas patsiendiohutusjuhtumeid ennetada ohutusjuhtumite teavitussüsteemi abil. Sellisel viisil saab julgustada tulevasi õdesid teavitama patsiendiohutusjuhtumitest ning tõsta nende teadlikkust ja arusaama patsiendiohutuse kultuurist.

Töö autor soovib tulevikus haiglates uurida patsiendiohutuse kultuuri kvalitatiivse uurimismeetodi abil. See uurimismeetod võimaldaks uurida ka patsiendiohutuse kultuurile antud hinnangute ja arusaamade põhjuseid. Tulevikus oleks soovitatav patsiendiohutuse tagamiseks uurida, milliseid

patsiendiohutusjuhtumeid Eestis registreeritakse ja kui sageli esineb samu patsiendiohutuse probleeme.

7. JÄRELDUSED

Uurimistööst järeldub, et valdavalt tehakse üksustes tööd ühtse ja tugeva meeskonnana ning üksuste juhid tegelevad patsiendiohutuse parendamisega. Paraku kinnitasid vaid pisut enam kui pool uuritavatest, et personali informeeritakse alati üksuses toimunud patsiendiohutusjuhtumitest ja nende baasilt tehtud muudatustest. Samuti esineb üksustes ikka ja jälle samu patsiendiohutuse probleeme ning tihti puudub tugi vea teinud töötaja toetamiseks. Poolte uuritavate hinnangul kaasneb patsiendiohutusjuhtumitest teavitamisega ebakindlus ja süü tunne, kuid oluline on uuritavate arvates vigadest õppimine, selleks et korduvaid vigu ennetada. Enam kui pooled õed kinnitasid, et patsiendi transportimisel üksusest üksusesse edastatakse patsienti puudutav oluline info. Õed hindasid oma üksuse patsiendiohutuse valdavalt heaks ja väga heaks, kuid pea pooled küsitlusele vastanutest ei olnud nõus, et haigla juhtkonna prioriteediks on patsiendiohutus.

Statistiliselt olulised seosed leiti patsiendiohutusele ja meeskonnatööle antud hinnangute vahel ning infovahetust ning juhtimist käsitlevate väidete vahel. Tugevas ja ühtses meeskonnas keskendutakse patsiendiohutusjuhtumi menetlemise järgselt rohkem õppimisele, mitte vea teinud isiku süüdistamisele ning tunnetatakse suuremat toetust patsiendiohutuse ohtu seadnud personalile. Mida rohkem informeeritakse personali patsiendi ohtu seadnud vigadest, seda enam arutatakse ka kuidas korduvaid vigu ennetada ja seda enam tehakse juhile ettepanekuid patsiendiohutuse tagamiseks.

Hinnangud patsiendiohutuse kultuuri teguritele nagu meeskonnatöö üksuses, infovahetus, patsiendiohutusjuhtumite registreerimine ja haigla juhtkonna töö olid kõrgemad õendusjuhtide seas. Nii õendusjuhid, õed kui ka abiõed hindasid patsiendiohutust üksuses kõrgelt, kuid hinnangud erinesid tööstaažist tulenevalt, nimelt hindasid väiksema tööstaažiga uuritavad patsiendiohutust oma üksuses kõrgemalt kui suurema tööstaažiga uuritavad.

KASUTATUD KIRJANDUS

Alqattan, H., Morrison, Z., Cleland, J. A. (2019). A narrative synthesis of qualitative studies conducted to assess patient culture in hospital settings. *Sultan Qaboos University Medical Journals*, 19(29): 91-98.

Ammouri, A. A., Tailakh, A. K., Muliira, J. K., Geethakrishnan, R., Al Kindi, S. N. (2014). Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review*, 62(1): 102-110.

Archer, S., Hull, L., Soukup, T., Mayer, E., Athanasiou, T., Sevdalis, N., Darzi, A. (2017). Development of a theoretical framework of factors affecting patient safety incident reporting: a theoretical review of the literature. *BMJ Open*, 7(12): 1-16.

Baker, D. P., Salas, E., Barach, P., Battles, J. B. (2003). Medical Teamwork and patient safety: The Evidence-Based Relation. *American Institutes for Research*, 9-28.

Ballangrud, R., Hedelin, B., Hall-Lord, M. L. (2012). Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: A cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(6): 344-354.

Bates, D. W., Sheikh, A. (2015). The role and importance of cognitive studies in patient safety. *BMJ. Quality and Safety*, 24(7): 414-416.

Burns, N., Grove, S.K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization* (5th Ed.). St. Louis, Elsevier Saunders.

Chernick, M., R. (2011). *The Essentials of Biostatistics for Physicians, Nurses, and Clinicians*. A John Wiley & Sons, Inc., Publication. 96-101.

Christian, C. K., Gustafson, M. L., Roth, E. M., Sheridan, T. B., Gandhi, T. K., Dwyer K., Zinner, M. J., Dierks, M. M. (2006). A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery*, 139 (2): 159-173.

Danielsson, M. (2018). Patient safety cultural perspectives. Department of Medical and Health Sciences. Linköping University, Sweden.

Danielsson, M., Nilsen, P., Öhrn, A., Rutberg, H., Fock, J., Carljford, S. (2014). Patient safety subcultures among registered nurses and nurse assistant in Swedish hospital care: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(1): 1-9.

Diaz, L. (2008). Nursing peer review. Developing a framework for patient safety. *The Journal of Nursing Administration*, 38(11): 475-480.

DiCuccino, M. H. (2015). The relationship between patient safety culture and patient outcomes: a systematic review. *Journal Patient Safety*, 11(3): 135-142.

Sõnaveeb, Eesti Keele Instituut. 2020. <https://sonaveeb.ee> (18.06.2020).

EUNetPaS (2010) Patient safety culture instruments used in member states. Aarhus, Denmark: European Network for Patient Safety, European Society for Quality in Healthcare Office for Quality Indicators.
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/eunetpas/WP1-REPORT%20Use%20of%20PSCI%20and%20recommandations%20-%20March%20202010.pdf> (07.03.2021)

Famolaro, T., Dyer, N., Burns, W., Flashner, E., Liu, H. E., Sorra, J. (2016). Hospital Survey on patient safety culture. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality.
https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalops_report_pt1.pdf (15.08.2019).

Farokhzadian, J., Nayeri, D. N., Borhani, F. (2018) The long way ahead to achieve an effective patient safety culture: challenges perceived by nurses. *BioMed Central. Health Services Research*, 18:654.

Freimann, T. (2021). Patsiendihutus ja ohu juhtumite käsitlemine Tartu Ülikooli Kliinikumis. *Eesti Arst*, 100(1): 9-11.

Flin, N., Mearns, K., O'Connor P. (2000). Measuring safety climate: identifying the common features. *Elsevier. Safety Science*, 34(1-3): 177-192.

Friese C. R., Aiken L. H. (2008). Failure to rescue in the surgical oncology population: implications for nursing and quality improvement. *Oncology Nursing Forum*, 35(5): 779-785.

Ganel, N., Manresa-Dominguez, J. M, Watson, C.E., Gómez-Ibáñez, R., Bernabeu-Tamayo, M.

D. (2020). Nurses' perceptions of patient safety culture: amixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 20(584) 1-9.

Gunawan, D., Hariyati, T. S. (2019). The implementation of patient safety culture in nursing practice. Elsevier. *Enfermeria Clinica*, 29(2): 139-145.

Hedsköld, M., Pukk-Härenstam, K., Berg, E., Lindh, M., Soop, M., Ovretveit, J., Sach, M. A. (2013). Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample. *BMJ Health Services Research*, 13(332): 1-11.

Key finding and recommendations on reporting and learning systems for patient safety incident across Europe. (2014).

https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/eu_def/adjuntos/2_Doc_referencia/guidelines_psqcwg_reporting_learningsystems_en.pdf (20.04.2021).

Kanerva, A., Lammintakanen, J., Kivinen, T. (2016). Nursing staff's perceptions of patient safety in psychiatric inpatient care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(1): 25-31.

Kohn, L., Corrigan, J. M., Donaldson M. S. (2000). To Err Is Human. Building a safer health system. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. National Academics Press. Washington.

Kullberg, A., Larsen, J., Sharp, L. (2013). Why is there another person's name on my infusion bag? Patient safety in chemotherapy care – a review of literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(2): 228-235.

Kuosmanen, A., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M., Turunen, H. (2013). Patient Safety Culture in Two Finnish State-Run Forensic Psychiatric Hospitals. *Journal of Forensic Nurses*, 9 (4): 2017-216.

Källberg, A. S., Ehrenberg, A., Florin, J., Östergren, J., Göransson, K. E. (2017). Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. Elsevier. *International Emergency Nursing*, 33, 14-19

Leonard, M., Graham, S., Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*. 13(1): 85-90.

- Liu, C., Liu, W., Wang, Y., Zhang, Z., Wang, P. (2014). Patient safety culture in China: A case study in an outpatient setting in Beijing. *BMJ Quality & Safety*, 23(7): 556–64.
- Luts, K., Muts, T., Inshakov, P., Pilv, L., Raidmäe, M., Kleinberg, A., Märtson, M., Pöldmaa, E., Laan, M., Suurorg, L. (2016). Sihtasutus Tallinna Lastehaigla Arengustrateegi 2016-2020. http://www.lastehaigla.ee/public/tegevusaruanded/arengukava_veebi.pdf (14.02.2020).
- MacCorr. (2012). Resolution Research. <http://www.macorr.com/sample-size-calculator.htm> (02.04.2020).
- Mannion, R., Konteh, F. H., Davies, H.T. (2009). Assessing organisational culture for quality and safety improvement: a national survey of tools and tool use. *Quality and Safety in Health Care*, 18(2): 153-156.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation*. 53: 143-151.
- Mardon, R. L., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., Famolaro, T. (2010). Exploring Relationship Between Hospital Patient Safety Culture and Adverse Events. *Journal Patient Safety*, 6(4): 226-232.
- Mayer., C. M., Cronin, D. (2008). Organizational Accountability in a just culture. *Urologic Nursing*, 28(6): 427-430.
- Measuring safety culture. (2011). *The Health Foundation*. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf> (05.05.2021).
- Nieva, V. F., Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 17-23.
- Nordin, A., Theander, K., Wilde-Larsson, B., Nordström, G. (2013). Health care staffs' perception of patient safety culture in hospital settings and factors of importance for this. *Open Journal of Nursing*, 3, 28-40.
- Okuyama, J . H. H., Galvao, T. F., Silva, M. T. (2018). Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Scientific World Journal*, 2018, 1-11.

Parker, D., Lawrie, M., Hudson, P. (2006). A framework for understanding the development of organisational safety culture. Elsevier. *Safety science*, 44: 551-562.

Polit, D.F., Beck, C.T. (2004). Nursing Research: Principles and Methods. Seventh Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Ameerika Ühendriigid.

Rafter, N., Hickey, A., Condell, S., Conroy, R., O'Connor, P., Vaughan, D., Williams, D. (2015). Adverse events in healthcare: learning from mistakes. *International Journal of Medicine*, 108: 273-277.

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320 (7237): 768-770.

Reason, J. (2004). Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. *Quality and Safety in Health Care*, 13: 28-33.

Ricklin, M. E., Hess, F., Hautz, W. E. (2019). Patient safety culture in a university hospital emergency department in Switzerland – a survey study. *Journal for Medical Education*, 36(2). <https://www.egms.de/static/en/journals/zma/2019-36/zma001222.shtml> (27.06.2019).

Ridelberg, M., Roback, K., Nilsen, P. (2014). Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions. *BMC Nursing*, 13:23.

Salem, G. A., Bowie, P., Morrison, J. (2019). Hospital Survey on Patient Safety Culture: psychometric evaluation in Kuwaiti public healthcare settings. *BMJ Open*, 9, 5.

Sammer, C., E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., Lackan, N. A. (2010). What in patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2): 156-165.

Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. R., Thomas, E. (2006). The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BioMed Central. Health Services Research*, 6: 44.

Sharp, L., Rannus, K., Olofsson, A., Kelly, D., Oldenmenger, W. H. (2019). Patient safety culture among European cancer nurses – An exploratory, cross-sectional survey comparing data from Estonia, Germany, Netherlands, and United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*, 75: 3535-3543.

Singer, S., Shotzu, L., Falwell, A., Gaba, D., Baker, L. (2009). Relationship of safety climate and safety performance in hospital. *Health Services Research*, 44(2): 399-421.

Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla 2018. aasta Konsolideeritud Majandusaasta Aruanne. (2018).

https://www.regionaalhaigla.ee/sites/default/files/documents/PERH_AR_2018_A4_EST_lowres.pdf (14.02.2021).

Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikumi 2019. aasta Konsolideeritud Majandusaasta Aruanne. (2019).

<https://www.kliinikum.ee/wp-content/uploads/2020/05/tu-kliinikumi-tegevusaruanne-2019.pdf> (15.02.2021).

Sorra, J.S., Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 10(199): 1-13.

Sorra, J.S., Famolaro, T., Dyer, N. (2019). Agency for Healthcare Research and Quality.

<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hsops2-pt1-transition-updated.pdf> (20.05.2020).

Sorra, J., Famolaro, T., Yount, N. D., Caporaso, A., Gray, L., Zebrak, K., Hare, R., Thornton, S., Fan, L., Birch, R. (2019). Pilot Test Result From the 2019 AHSQ Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS™) Hospital Survey Version 2.0. Agency for Healthcare Research and Quality.

<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hsops2-pilot-results-parti.pdf> (04.05.2021).

Stavropoulou, S., Doherty, C., Tosey, P. (2015). How effective are incident reporting system for improving patient safety? A systematic literature review. *The Milbank Quarterly*, 93: 826-866.

Suurorg, L. (2009). Riskid õendustegevuses ja patsiendihutus. *Eesti Arst*, 88(4): 57-62.

Tavacol, M., Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55.

Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2020)

https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_04THressursid_05Tootajad/THT001.px/ (21.11.2020).

Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas. (2020)

https://statistika.tai.ee/pxweb/et/Andmebaas/Andmebaas_04THressursid_02Ravivoodid_01Aast

[astatistika/RV301.px/table/tableViewLayout2/](#) (01.03.2021)

Sutker, W. L. 2008. The physician's role in patient safety: What's in it for me?. *Proceedings. Univesity Medical Center*, 21(1): 9-14.

Sydänmaanlakka, P. (2002). An intelligent organization. Integrating performance, comptence and knowledge management. *Oxford: Capstone*, 234.

Thomas, E. J., Sexton, J. B., Neilands, T. B., Frankel, A., Helmreich, R. L. (2005). The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: A randomized trial of clinical units. *BMC Health Services Research*, 5(1): 28.

Turunen, H., Partanen, P., Kivist, T., Miettinen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Patient safety culture in acute care: A web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospital. *International Journal of Nursing Practice*, 19(6): 609-617.

Ulrich, B., Kear, T. (2014). Patient safety and patient safety culture: Foudations of excellent heath care delivery. *Nephrology Nursing Jurnal*, 41(5), 447-456, 505.

Van Doormaal, J. E., van den Bemt, P. M. L. A., Mol, P. G. M., Zaal, R. J., Egberts, A. C. G., Haaiker- Ruskamp, F. M., Kosterink, J. G. W. (2009). Medication errors: the impact of prescribing and transcribing errors on preventable harm in hospitalised patients. *Quality & Safety in Health Care*, 18: 22–27.

Willmott, J., Mould, J. (2018). Health professionals' perception of patient safety culture in acute hospitals: an integrative review. *Australian Health Review*, 42: 387-394.

WHO. Europe. Data and statistics. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics> (27.06.2019).

WHO. (2004). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf;jsessionid=4A3C994558BA2F34013E26C18B9308C1?sequence=1> (12.09.2019).

Lisa 1. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus 322/T-10

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 322/T-10

koosolek: 17.08.2020

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiineetika assistent

Aseesimees

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

Liikmed

Diva Eensoo Tervise Arengu Instituut, analüütik

Jaanika Jaanits MTÜ Rakendusliku Antropoloogia Keskus, antropoloog / organisatsiooni- ja büroojuht

Katrin Kaarna Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste teadusuuringute üksuse tegevjuht

Annika Kask Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, psühholoogia doktorant

Malle Kuum Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur

Kalle Kisand Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimediitsiini professor

Martin Mooses Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, treeningu füsioloogia lektor / kehalise kasvatus ja spordididaktika osakonna juhataja

Marje Oona Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini dotsent / kliinilise meditsiini instituudi täienduskeskuse juhataja

Maire Peters Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur

Mare Remm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütiku õppekava dotsent

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus: Õdede hinnangud patsiendihutuse kultuurile ja seda mõjutavatele aspektidele Eesti regionaalhaiglates: läbilõikeline küsitlusuuringus

Vastutavad uurijad (asutus):

Ere Uibu (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila 19, 50412, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikool inimuuringute eetika komiteelt, 08.07.2020
2. SA Tartu Ülikooli Kliinikum kooskõlastus uurimistöö läbiviimise kohta
3. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 (HSOPS) originaalküsimustik
4. Kaaskiri + HSOPS 2.0 küsimustik (eesti keeles)
5. Üleskutse uuritavatele uurimistöös osalemiseks
6. Meeldetuletus uuritavatele uurimistöös osalemiseks
7. Eeluurimisaküsimused
8. Küsimustiku haldaja luba küsimustiku tõlkimiseks ja kasutamiseks
9. Tõlkebüroo kinnitus küsimustikule HSOPS 2.0
10. Uuringu läbiviijate CVd (E. Uibu, K. Kutsar, T. Freimann)

Tartu Ülikool
grandikeskus
Lossi 3
51003 Tartu

tel 737 6215
e-post eetikakomitee@ut.ee
www.ut.ee/teadus/eetikakomitee

Lisa 2. Kirjavahetus küsimustiku haldajaga

Safety Culture Surveys

26. märts 2020 18:05

Dear Kaire Kutsar,

Thank you for the additional information about your use of the Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®). We have been authorized to respond on behalf of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) by Ms. Randie Siegel, Deputy Director, Office of Communications. As the Surveys on Patient Safety Culture support contractor, we handle the majority of permissions for these tools and maintain an electronic community for International users.

Based on the description you provided about your project, AHRQ grants you permission to translate the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 into Estonian. Further, this letter constitutes permission to use the translation in your research at the University of Tartu in Estonia. We understand that this research will be carried out at multiple hospitals in Estonia.

For each copy of the survey you administer, AHRQ requests that the survey contain the statement: "Translated from English with permission of the United States Agency for Healthcare Research and Quality." All reports, professional publications, graduate theses, or Web site postings should properly credit AHRQ using the following citation:

Surveys on Patient Safety Culture™. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD USA. <https://www.ahrq.gov/sops/index.html>

Additionally, you may find it helpful to review the Translation Guidelines document, available on the AHRQ Web site: <https://www.ahrq.gov/sops/international/index.html>. This document provides translation guidelines and information about the intended meaning of the survey items, in order to help you develop a translation of the AHRQ survey that conveys the same meaning as the original U.S. English version.

If you have questions about permissions issues, please feel free to contact Ms. Siegel (copied on this email).

Sincerely,

Darby Quave

(SOPS®)Technical Assistance

Westat | 1700 Research Blvd | Rockville, MD 20850

phone: 1-888-324-9749 | fax: 1-888-852-8277 | email: SafetyCultureSurveys@westat.com

Lisa 3. Kaaskiri ja HSOPS 2.0 küsimustik eesti keeles

Väga austatud!

Olete palutud osalema uurimistöös “Õdede hinnangud patsiendiohutuse kultuurile ja seda mõjutavatele aspektidele Eesti regionaalhaiglates: läbilõikeline küsitlusuuringus”. Uuring on kooskõlastatud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteega. Küsimustik, millele palume vastata, koosneb 30. väitest, kahest küsimusest ja taustaküsimustest. Täpsed juhised küsimustiku täitmiseks leiate küsimustiku sissejuhatuses.

Küsimustiku täitmiseks kulub aega umbes 10-15 minutit. Küsimustiku täites ja ära saates, annate oma nõusoleku uuringus osalemiseks. Kõik kogutud andmed analüüsitakse ja tulemused esitatakse üldistatult kujul. Kõik originaalandmed on kaitstud uurimistöö läbiviija poolt ning need hävitatakse pärast uurimistulemuste avaldamist, hiljemalt juunis 2023.

Kui teil on uuringu kohta küsimusi, palume teil ühendust võtta uuringu läbiviijaga Kaire Kutsar, e-posti aadressil kaire.kutsar@ut.ee, või telefonil +372 56943005

Küsimustik patsiendiohutuse kohta haiglas

JUHISED

Antud küsimustik uurib Teie hinnanguid patsiendiohutuse probleemidele, meditsiiniliste vigade ja patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise kohta Teie haiglas. Küsimustiku täitmine võtab umbes 10 kuni 15 minutit.

Esitatud väidetele saate anda hinnanguid viieastmelistel skaaladel, kus vastusevariandid on:

- a) väidete puhul 1 = „ei nõustu üldse“; 2 = „pigem ei nõustu“; 3 = „ei nõus ega mittenõus“; 4 = „pigem nõustun“ ja 5 = „täiesti nõus“
- b) küsimuste puhul 1 = „mitte kunagi“; 2 = „harva“; 3 = „mõnikord“; 4 = „enamuse aega“; 5 = „alati“

Kui küsimus ei puuduta Teid või haiglat, milles töötate või Te ei oska vastata, siis palun valige vastuse variant „ei tea/ei puutu minusse“.

MÕISTETE SELGITUSED

- „Patsiendiohutusjuhtum“ on määratletud kui tervishoiuteenusega seotud ükskõik millist tüüpi eksimus, viga, juhtum, õnnetus või kõrvalekalle – vaatamata asjaolule, kas tulemuseks oli patsiendi kahjustamine või mitte.
- „Patsiendiohutus“ on määratletud kui patsiendi vigastuste ja kahjustavate sündmuste vältimine ja ennetamine tervishoiuteenuste osutamise protsessi käigus.

Teie ametikoht

1. Mis on Teie ametinimetus selles haiglas? Valige üks vastuse variant.

☐ 1. Õendusjuht/vanemõde

☐ 2. Osakonna õde

☐ 3. Abiõde

☐ 4. Muu, palun täpsustage:

Teie üksus/osakond, kus töötate

2. Mõelge oma “üksusele” kui töövaldkonnale, osakonnale või kliinikule, kus veedate enamiku oma tööajast. Millises, üksuses või osakonnas te selles haiglas peamiselt töötate?

Valige üks

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Palju erinevaid haiglaosakondi/
Ei ole spetsiifilist osakonda | <input type="checkbox"/> 10. Psühhiaatria |
| <input type="checkbox"/> 2. Ambulatoorne (mitte kirurgiline) | <input type="checkbox"/> 11. Taastusravi |
| <input type="checkbox"/> 3. Kirurgia | <input type="checkbox"/> 12. Anestesioloogia |
| <input type="checkbox"/> 4. Kardioloogia | <input type="checkbox"/> 13. Pulmonoloogia |
| <input type="checkbox"/> 5. Erakorralise meditsiini osakond | <input type="checkbox"/> 14. Sünnitusabi/günekoloogia |
| <input type="checkbox"/> 6. Intensiivravi (mistahes tüüp) | |
| <input type="checkbox"/> 7. Gastroenteroloogia | <input type="checkbox"/> 15. Radioloogia |
| <input type="checkbox"/> 8. Onkoloogia/Hematoloogia | <input type="checkbox"/> 16. Labor |
| <input type="checkbox"/> 9. Lasteosakond | <input type="checkbox"/> 17. Muu, palun täpsustage: |

OSA A: ÜKSUS/OSAKOND, KUS TÖÖTATE

Palun märkige oma nõustumine või mittedõustumine järgnevate väidetega oma üksuse/osakonna kohta.

Mõeldes oma töövaldkonnale/üksusele...	Ei nõustu üldse ▼	Pigem ei nõustu ▼	Ei nõus ega mittenõus ▼	Pigem nõustun ▼	Täiesti nõus ▼	Ei tea/ei puutu minusse ▼
1. Selles üksuse/osakonnas töötame koos tugeva ja ühtse meeskonnana.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Selles üksuses/osakonnas on piisavalt personali, et toime tulla suure töökoormusega	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. Selles üksuses/osakonnas töötab personal ka ületunde tehes pikemalt, kui see on patsientide parima hoolduse tagamiseks vajalik	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. Selles üksuses/osakonnas hinnatakse regulaarselt, kas patsiendiohutuse tagamiseks on vaja muudatusi läbi viia	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. Selles üksuses/osakonnas kasutatakse liiga palju ajutist personali/tööjõudu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
6. Selles üksuses/osakonnas personal tunneb, et nende vigu kasutatakse nende vastu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
7. Kui teavitatakse patsiendiohutusjuhtumist, jääb mulje, et "näidatakse näpuga" inimesele, mitte probleemile	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
8. Personal aitab üksteist selles üksuses/osakonnas kiirematel aegadel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
9. Selles üksuses/osakonnas on probleemiks personali lugupidamatu käitumine	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
10. Kui personalist keegi teeb vea, keskendub see üksus/osakond veast õppimisele, mitte vea teinud isiku süüdisatmisele	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
11. Selle üksuse/osakonna töötempo on nii kiire, et see mõjutab negatiivselt patsiendiohutust....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
12. Selles üksuses/osakonnas hinnatakse patsiendiohutuse tagamiseks tehtud muudatuste efektiivsust	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
13. Selles üksuses/osakonnas puudub tugi personalile, kes on teinud vea, seades ohtu patsiendiohutuse.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

14. Selles üksuses/osakonnas esineb samu patsiendiohutuse probleeme üha uuest ja uuesti ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅ ☐₉

OSA B: TEIE JUHT/ÜLEMUS

Palun andke oma hinnang, kas nõustute või ei nõustu järgnevate väidetega oma otsese juhi/ülemuse kohta, või inimese kohta, kellele te otse allute

	Ei nõustu üldse ▼	Pigem ei nõustu ▼	Ei nõus ega mitterõus ▼	Pigem nõustun ▼	Täiesti nõus ▼	Ei tea/ei puutu minusse ▼
1. Minu juht/ülemus võtab arvesse personali soovitusi patsiendiohutuse parandamiseks.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Stressirikastes olukordades soovib juht/ülemus, et töotaksime kiiremini, isegi juhul kui see tähendab järeleandmisi.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. Minu juht/ülemus tegeleb patsiendiohutuse probleemide lahendamise, millele on tähelepanu juhitud	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

OSA C: INFOVAHETUS JA KOMMUNIKATSIOON

Kui sageli tulevad järgnevad juhtumid ette teie üksuses/osakonnas?

Mõelge oma üksusele/osakonnale:	Mitte kunagi ▼	Harva ▼	Mõnikord ▼	Enamus aega ▼	Alati ▼	Ei tea/ei puutu minusse ▼
1. Meid informeeritakse üksuses/osakonnas juhtuvatest vigadest.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Arutame oma üksuses/osakonnas, kuidas ennetada korduvate vigade tekkimist.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. Selles üksuses/osakonnas meid informeeritakse muudatuste kohta, mis on ellu viidud patsiendiohtusjuhtumitest teavitamise tulemusena.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. Personal võtab julgelt sõna, kui näeb, et miski mõjutab negatiivselt patsiendiohtust.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. Personal võtab julgelt sõna kui kõrgemal ametikohal olev töötaja teeb vea, mis ohustab patsienti.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
6. Personal julgeb teha ettepanekuid juhile/ülemusele, lahendamaks patsiendiohutusega kaasnevaid	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

probleeme.....

7. Selles üksuses/osakonnas personal kardab esitada küsimusi, kui asjad ei tundu olevat õiged.....
....

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅ ☐₉

HSOPS™

OSA D: PATSIENDIOHUJUTUMITEST TEAVITAMISE SAGEDUS

Mõelge üksuse/osakonna peale, kus töötate:	Mitte kunagi ▼	Harva ▼	Mõnikord ▼	Enamus aega ▼	Alati ▼	Ei tea/ei puutu minusse ▼
1. Kui sageli teatatakse veast, mis avastati ja parandati enne, kui see patsiendile mõju avaldas?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Kui sageli teatatakse veast, mis patsienti potentsiaalselt ei ohusta?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. Mitu patsiendiohutusjuhtumit olete täitnud ja esitanud viimase 12 kuu jooksul?						
<input type="checkbox"/> a. Mitte ühtegi						
<input type="checkbox"/> b. 1–2						
<input type="checkbox"/> c. 3–5						
<input type="checkbox"/> d. 6–10						
<input type="checkbox"/> e. 11 või enam						

OSA E: HINNE PATSIENDIOHUTUSELE

1. Kuidas te hindate üldiselt oma töövaldkonnas/üksuses patsiendiohtust?

Puudulik ▼	Halb ▼	Hea ▼	Väga hea ▼	Suurepärane ▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

OSA F: TEIE HAIGLA

Kui palju nõustute või ei nõustu järgmiste väidetega, mis puudutavad haiglat, kus te töötate?

Mõelge oma haiglale:	Ei nõustu üldse ▼	Pigem ei nõustu ▼	Ei nõustugi mittenõust ▼	Pigem nõust ▼	Täiesti nõust ▼	Ei tea/ei puutu minusse ▼
----------------------	----------------------	----------------------	--------------------------------	------------------	--------------------	------------------------------

1. Haigla juhtkonna tegevused näitavad, et patsiendiohutus on prioriteediks	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Haigla juhtkond tagab piisava ressursside olemasolu paremaks patsiendiohutuse tagamiseks	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. Haigla juhtkonda huvitab patsiendiohutus ainult siis, kui aset on leidnud mõni patsienti kahjustav sündmus.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. Patsiendi transpordimisel ühest üksusest/osakonnast teise, läheb tihti oluline info kaduma	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. Valve vahetuse ajal läheb oluline info tihti kaduma, mis puudutab patsiendi hooldust	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
6. Valve vahetuse aeg on piisav, et edastada kogu oluline info patsiendi hoolduse kohta.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

OSA G: TAUSTAINFO

1. Kaua olete selles haiglas töötanud?

- ☐a. Vähem kui aasta
- ☐b. 1–5 aastat
- ☐c. 6–10 aastat
- ☐d. 11 aastat või enam

2. Kui kaua olete töötanud oma praeguses töövaldkonnas/üksuses selles haiglas?

- ☐a. Vähem kui aasta
- ☐b. 1–5 aastat
- ☐c. 6–10 aastat
- ☐d. 11 aastat või enam

3. Mitu tundi nädalas Te tavapäraselt selles haiglas töötate?

- ☐a. Vähem kui 30 tundi nädalas
- ☐b. 30 - 40 tundi nädalas
- ☐c. Enam kui 40 tundi nädalas

4. Kas Teie positsioon võimaldab tavapäraselt otseselt suhtlust või kontakti patsiendiga?

- ☐a. JAH, tavapäraselt suhtlen otseselt või olen kontaktis patsiendiga
- ☐b. EI, mul puudub tavapäraselt otsene suhtlus või kontakt patsiendiga

Täname!

Küsimustik patsiendiohutuse kohta haiglas

JUHISED

Selles küsimustikus uuritakse Teie hinnangut patsiendiohutuse probleemide, meditsiiniliste vigade ja patsiendiohtusjuhtumitest teatamise kohta Teie haiglas. Küsimustiku täitmine võtab umbes 10 kuni 15 minutit.

Esitatud väidetele saate anda hinnanguid viieastmelistel skaaladel, mille vastusevariandid on:

- a) väidete puhul 1 = „ei nõustu üldse“; 2 = „ei nõustu“; 3 = „ei nõus ega mittenõus“; 4 = „nõustun“ ja 5 = „täiesti nõus“
- b) küsimuste puhul 1 = „mitte kunagi“; 2 = „harva“; 3 = „mõnikord“; 4 = „enamuse aega“; 5 = „alati“

Kui küsimus ei puuduta Teid või Teie haiglat või Te ei oska vastata, valige vastusevariant „ei tea/ei puutu minusse“.

MÕISTETE SELGITUSED

- „Patsiendiohtusjuhtum“ on määratletud kui tervishoiuteenustega seotud ükskõik millist tüüpi eksimus, viga või juhtum vaatamata asjaolule, kas see kahjustab patsienti või mitte.
- „Patsiendiohtus“ on määratletud kui patsiendi vigastuste ja kõrvalnähtude vältimine ning ennetamine tervishoiuteenuste osutamise protsesside käigus.

Teie ametikoht

1. Mis on Teie ametikoht selles haiglas? Valige üks vastusevariant.

☐ 1. Õendusjuht/vanemõde

☐ 2. Osakonna õde

☐ 3. Abiõde

☐ 4. Muu, palun täpsustage:

Teie üksus/osakond

2. Käsitlege oma üksusena töövaldkonda, osakonda või kliinikut, kus veedate enamiku oma tööajast. Millises üksuses või osakonnas Te selles haiglas peamiselt töötate?

Valige üks vastusevariant.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Palju erinevaid haiglaosakondi/
ei ole spetsiifilist osakonda | <input type="checkbox"/> 10. Psühhiaatria |
| <input type="checkbox"/> 2. Ambulatoorne (mitte kirurgiline) | <input type="checkbox"/> 11. Taastusravi |
| <input type="checkbox"/> 3. Kirurgia | <input type="checkbox"/> 12. Anestesioloogia |
| <input type="checkbox"/> 4. Kardioloogia | <input type="checkbox"/> 13. Pulmonoloogia |
| <input type="checkbox"/> 5. Erakorralise meditsiini osakond | <input type="checkbox"/> 14. Sünnitusabi/günekoloogia |
| <input type="checkbox"/> 6. Intensiivravi (mistahes tüüp) | <input type="checkbox"/> 15. Radioloogia |
| <input type="checkbox"/> 7. Gastroenteroloogia | <input type="checkbox"/> 16. Labor |
| <input type="checkbox"/> 8. Onkoloogia/hematoloogia | <input type="checkbox"/> 17. Muu, palun täpsustage: |
| <input type="checkbox"/> 9. Lasteosakond | |

14. Selles üksuses esinevad samad patsiendiohutuse probleemid üha uuesti ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅ ☐₉

OSA B: TEIE JUHT, ÜLEMUS VÕI KLIINILINE JUHT

Palun andke oma hinnang, kas nõustute või ei nõustu järgnevate väidetega oma otsese juhi/ülemuse kohta, või inimese kohta, kellele te otse allute

	Ei nõustu üldse ▼	Pigem ei nõustu ▼	Ei nõus ega mittenõu s ▼	Pigem nõustun ▼	Täiesti nõus ▼	Ei tea/ei puutu minusse ▼
1. Minu juht, ülemus või kliiniline juht kaalub tõsiselt personali soovitusi patsiendiohutuse parandamiseks	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Minu juht, ülemus või kliiniline juht, et töotaksime kiiretel aegadel kiiremini isegi, kui see tähendab mõõnduste tegemist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. Minu juht, ülemus või kliiniline juht tegeleb patsiendiohutuse probleemide lahendamisega, millele on ta tähelepanu juhitud	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

OSA C: KOMMUNIKATSIOON

Kui sageli esinevad järgmised juhtumid Teie üksuses/osakonnas?

Mõeldes oma üksusele/osakonnale:	Mitte kunagi ▼	Harva ▼	Mõnikord ▼	Enamus aega ▼	Alati ▼	Ei tea/ei puutu minusse ▼
1. Meid informeeritakse selles üksuses juhtuvatest vigadest	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Kui selles üksuses juhtuvad vead, arutame võimalusi nende kordumise ennetamiseks	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. Selles üksuses informeeritakse meid muudatustest, mis on tehtud patsiendiohtusjuhtumitest teatamise tulemusena	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
4. Selles üksuses võtab personal sõna, kui näeb midagi, mis võib patsiendiohutust negatiivselt mõjutada	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
5. Selles üksuses võtab personal sõna, kui näeb, et kõrgemal ametikohal olev töötaja teeb midagi patsiente ohustavat	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
6. Selle üksuse kõrgemal ametikohal olevad töötajad on avatud probleemide suhtes,	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉

OSA A: TEIE ÜKSUS/OSAKOND

Palun märkige oma nõustumine või mitterõustumine järgnevate väidetega oma üksuse/osakonna kohta.

Mõeldes oma üksusele/osakonnale:	Ei nõustu üldse ▼	Pigem ei nõustu ▼	Ei nõus ega mitterõus s ▼	Pigem nõustun ▼	Täiesti nõus ▼	Ei tea/ei puutu minusse ▼
1. Selles üksuses töötame ühiselt tõhusa meeskonnana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Selles üksuses on piisavalt personali, et tulla toime töökoormusega.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Selles üksuses töötab personal pikemates vahetustes kui on patsientide hooldamisel parim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Selles üksuses hinnatakse regulaarselt, kas patsiendihutuse parandamiseks on vaja muuta töökordi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Selles üksuses kasutatakse liiga palju ajutist, mitmes osakonnas töötavat või vajadusel tööle kutsutavat personali.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Selles üksuses tunneb personal, et nende vigade pärast peetakse nende vastu vimma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Kui selles üksuses teatatakse patsiendihutusjuhtumist, jääb mulje, et „näidatakse näpuga“ inimesele, mitte probleemile	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Selle üksuse personal aitab üksteist kiiretel aegadel.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Selles üksuses on probleemiks personali lugupidamatu käitumine.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Kui keegi personalist teeb vea, keskendub see üksus sellest õppimisele, mitte vea teinud isiku süüdistamisele.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
11. Selle üksuse töötempo on nii kiire, et mõjutab negatiivselt patsiendihutust.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Selles üksuses hinnatakse patsiendihutuse parandamiseks tehtud muudatuste efektiivsust	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. Selles üksuses puudub tugi personalile, kes on teinud patsiendihutuse vea	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

- millega seoses personal sõna võtab
7. Selles üksuses kardab personal esitada küsimusi, kui miski ei tundu olevat õige..... ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅ ☐₉

OSA D: PATSIENDIOHUTUSJUHTUMITEST TEATAMINE

Mõeldes oma üksusele/osakonnale:	Mitte kunagi ▼	Harva ▼	Mõnikord ▼	Enamus aega ▼	Alati ▼	Ei tea/ puutu minus ▼
1. Kui sageli teatatakse veast, mis avastati ja parandati enne, kui see patsienti mõjutas?.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
2. Kui sageli teatatakse veast, mis mõjutas patsienti ja oleks võinud teda ohustada, aga ei ohustanud?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₉
3. Mitmest patsiendiohutusjuhtumist olete Teie viimase 12 kuu jooksul teatanud?						
<input type="checkbox"/> a. Mitte ühestki <input type="checkbox"/> b. 1–2 <input type="checkbox"/> c. 3–5 <input type="checkbox"/> d. 6–10 <input type="checkbox"/> e. 11 või enamast						

OSA E: HINNE PATSIENDIOHUTUSELE

1. Kuidas hindate patsiendiohutust oma üksuses/osakonnas?

Puudulik ▼	Halb ▼	Hea ▼	Väga hea ▼	Suurepärane ▼
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

OSA F: TEIE HAIGLA

Kui palju nõustute või ei nõustu järgmiste väidetega, mis puudutavad haiglat, kus te töötate?

Mõeldes oma haiglale:	Ei nõustu üldse ▼	Pigem ei nõustu ▼	Ei nõustunegi mittenõust ▼	Pigem nõustun ▼	Täiesti nõustun ▼	Ei tea/ei puutu minusesse ▼
-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------------------	--------------------	----------------------	--------------------------------

- | | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Haigla juhtkonna tegevused näitavad, et patsiendiohutus on oluline prioriteet | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2. Haigla juhtkond tagab piisavad ressursid patsiendiohutuse parandamiseks | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3. Tundub, et haigla juhtkonda huvitab patsiendiohutus ainult siis, kui on esinenud mõni kõrvalnäht.. .. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 4. Patsiendi transportimisel ühest üksusest teise läheb oluline info tihti kaduma..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5. Valve vahetuse ajal läheb oluline info patsientide hoolduse kohta tihti kaduma | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 6. Valve vahetuse aeg on piisav, et edastada kogu oluline info patsientide hoolduse kohta | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |

OSA G: TAUSTAINFO

1. Kaua olete selles haiglas töötanud?

- ☐a. Vähem kui aasta
☐b. 1–5 aastat
☐c. 6–10 aastat
☐d. 11 aastat või enam

2. Kui kaua olete selles haiglas töötanud oma praeguses üksuses/osakonnas?

- ☐a. Vähem kui aasta
☐b. 1–5 aastat
☐c. 6–10 aastat
☐d. 11 aastat või enam

3. Mitu tundi nädalas tavapäraselt selles haiglas töötate?

- ☐a. Vähem kui 30 tundi nädalas
☐b. 30–40 tundi nädalas
☐c. Enam kui 40 tundi nädalas

4. Kas tavapäraselt suhtlete oma ametikohal otseselt patsientidega või olete nendega otseses kontaktis?

- ☐a. JAH, tavapäraselt suhtlen patsientidega otseselt või olen nendega otseses kontaktis
☐b. EI, tavapäraselt EI suhtle patsientidega otseselt ega ole nendega otseses kontaktis

OSA H: TEIE KOMMENTAARID

Lisage kommentaare patsiendihutust mõjutavate tegevuste kohta, mida Teie haiglas tehakse või võidakse teha.

Täname!

Dokument on tõlgitud tõlkebüroos DIALOG. Reg. Nr. 10050341, Turu 9, Tartu 51004, Eesti

Julia Klotško

Tõlkekorraldaja

